REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS
TEMAS DE
SALUD
reproductiva
Número 7 2013

Repolitizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos

REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

Número 7 **2013**

Repolitizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos

RHM en Español, Número 7
Los artículos de esta edición han
sido seleccionados de

Vol 18 No. 36 Nov 2010
Vol 19 No. 38 Nov 2011
Vol 20 No. 39 Jun 2012
Vol 20 No. 40 Dec 2012
Vol 21 No. 41 May 2013

Comité Editorial:
Ruth Iguiñiz, Nancy Palomino, Mariella Sala

Traducción:
Yolanda Sala Baez

Editora:
Nancy Palomino

Revisión y coordinación:
Mariella Sala

Diagramación:
Aldo Ocaña

Impresión: Tarea Asociación Gráfica Educativa
Psj. María Auxiliadora 156, Lima 5, Perú

Foto de carátula:
Adriana Gómez

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
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del
Perú No. 2004-0393
Lima, septiembre 2013
1000 ejemplares

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

Reproductive Health Matters 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:
Marge Berer, editora
Correo electrónico:
mberer@rhmjournal.org.uk
Lineamientos y pautas disponibles en:
<www.rhmjournal.org.uk>

Otra correspondencia a:
Pathika Martin
Correo electrónico:
pmartin@rhmjournal.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 u obtener copias adicionales de este número, contáctese con:
sprhm@upch.edu.pe

© Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.

Contenido

7	*Marge Berer*	Repolitizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos
15	*Berit Austveg*	La perpetuación del poder: algunas razones del estancamiento de la salud reproductiva
24	*Adriana Ortiz Ortega*	La perpetuación del poder: una respuesta
32	*Pascale A Allotey, Simone Diniz, Jocelyn DeJong, Thérèse Delvaux, Sofia Gruskin, Sharon Fonn*	La salud y los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la educación en salud pública
46	*Laura Malajovich, Maria Antonieta Alcalde, Kelly Castagnaro, Carmen Barroso*	Presupuestos transparentes para el gasto en atención de salud materna: Estudio de caso en cinco países latinoamericanos
58	*Lidia Casas, Tania Herrera*	Protección de la maternidad versus derechos de maternidad para las mujeres trabajadoras en Chile: una reseña histórica
68	*Rodolfo Carvalho Pacagnella, Jose Guilherme Cecatti, Maria Jose Osis, João Paulo Souzaya*	El papel de las demoras en la mortalidad y morbilidad materna graves: una ampliación del marco conceptual
78	*Ruth Iguiñiz-Romero, Nancy Palomino*	Los datos sí cuentan! Recolección y uso de la información sobre mortalidad materna en el Perú 1990–2005 y mejoras desde 2005
91	*Eszter Kismödi, Judith Bueno de Mesquita, Ximena Andión Ibañez, Rajat Khosla, Lilian Sepúlveda*	La rendición de cuentas en derechos humanos para los casos de muerte materna y la incapacidad de brindar abortos seguros y legales: Importancia de dos innovadoras resoluciones de CEDAW
101	*Marge Berer*	Interrupción de un embarazo como cuidado obstétrico de emergencia: Interpretación de la política de salud católica y sus consecuencias para las mujeres embarazadas
111	*Organización Mundial de la Salud - WHO*	Guía técnica y política para los sistemas de salud.
115	*Loraine J Bacchus, Susan Bewley, Carlos Torres Vitolas, Gillian Aston, Peter Jordan, Susan F Murray*	Evaluación de una intervención de violencia familiar en los servicios de maternidad y salud sexual de un hospital del Reino Unido
127	*H Luz McNaughton Reyes, Deborah L Billings, Yolanda Paredes-Gaitan, Karen Padilla Zuniga*	Una evaluación de los lineamientos y servicios del sector salud destinados al tratamiento de la violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

www.rhmjournal.org.uk

PRESENTACIÓN

Han pasado ya 20 años del proceso preparatorio de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas (CIPD), El Cairo, 1994. Para las activistas del movimiento de mujeres que llevaban décadas defendiendo la libertad reproductiva y demandando la recuperación del control sobre el propio cuerpo constituyó un triunfo que la comunidad internacional de las naciones reconociera, en esta conferencia, los derechos reproductivos.

El proceso preparatorio de la CIPD en América Latina comenzó en el año 1993 donde se realizaron, paralelamente a las actividades oficiales de los países, encuentros internacionales de especialistas y de activistas. En estos confluyeron las organizaciones no gubernamentales, representantes de la academia, organizaciones de planificación familiar, activistas del movimiento de salud de las mujeres (como la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe), y activistas de los derechos humanos, entre otros actores sociales.

El debate en esta conferencia además de técnico fue principalmente político. Una cuestión de fondo para comprender varios de los debates en buena parte de los países de este lado del hemisferio, se centraron en la necesidad de la separación Estado – Iglesia. Ello debido a que los temas asociados a salud reproductiva, empoderamiento de las mujeres, equidad de género, derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el aborto en condiciones seguras, tuvieron la oposición del Vaticano y de las fuerzas conservadoras presentes en las delegaciones oficiales por lo que muchos de los elementos discursivos del debate abordaron esta tensión.

El Programa de Acción de la CIPD, aprobado por consenso, sustenta sus principios en el reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas a la vida, la libertad y la seguridad personal. El principio 4 reafirma que los derechos humanos de las mujeres y de las niñas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales, tal como fue aprobado en la Conferencia de Viena en el año 1992. Además, declara que la promoción de la equidad y la igualdad de género, la eliminación de toda forma de violencia contra las mujeres y el aseguramiento de que sean ellas quienes controlen su propia fecundidad son la "piedra angular de los programas de población y desarrollo".

En este número de *Reproductive Health Matters* en español se dará cuenta de algunos de los balances realizados sobre la implementación de los acuerdos y los temas centrales de la CIPD, así como de las implicancias de los Objetivos del Milenio de la Cumbre Mundial del año 2000. Se presentan temas desafiantes como la propuesta de Marge Berer de repolitizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Su artículo, y los de Berit y Ortiz acerca de la perpetuación del poder, examinan los logros y retrocesos en la implementación de los acuerdos así como los temas pendientes. Presentamos también varios artículos referidos a la atención en salud reproductiva, la atención a mujeres afectadas por violencia doméstica y por violencia sexual; un estudio sobre la transparencia para el gasto en salud

materna en cinco países latinoamericanos; la importancia de la utilización de los datos en temas como la mortalidad materna en Perú, y los derechos de maternidad para las mujeres trabajadoras en Chile.

Otros textos analizan el papel de las demoras en la mortalidad y morbilidad materna graves; la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la educación, y las consecuencias de la política de salud católica. Se presenta también un resumen de los lineamientos de atención al aborto en condiciones seguras de la Organización Mundial de la Salud y un artículo que examina las resoluciones del Comité de la CEDAW sobre dos casos emblemáticos de acceso a servicios de calidad para la atención del parto y la interrupción legal y segura de un embarazo de alto riesgo en Brasil y Perú, respectivamente.

La información contenida en la mayoría de los artículos de RHM 7, refleja que aun cuando los consensos internacionales han inspirado nuevos enfoques para la formulación de políticas públicas en el campo de la salud, se requiere fortalecer el reconocimiento de la centralidad de los derechos humanos -en especial de las mujeres- en todos los programas y políticas y la necesidad de invertir más esfuerzos y recursos para remover las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, el derecho a la información y al ejercicio de sus derechos. En síntesis, demuestran la necesidad de ampliar derechos que todavía la comunidad de las naciones no ha reconocido oficialmente como ocurre con los derechos sexuales y garantizar los derechos reproductivos. Todavía falta mucho por hacer.

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

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2011 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2011;19(38):4–10
0968-8080/11 $ – see front matter
DOI: 10.1016/S0968-8080(11)38596-5

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

EDITORIAL

Repolitizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos

Marge Berer

Editora, Reproductive Health Matters, London, UK. E-mail: mberer@rhmjournal.org.uk

En 2008, RHM organizó una pequeña reunión, cuyos participantes éramos en su mayoría miembros del directorio de RHM, para examinar lo que estaba sucediendo a nivel mundial con el trabajo por alcanzar la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Comenzamos admitiendo que –aun cuando las conferencias constituyen un foro indispensable para la comunicación en nuestro terreno y han jugado un papel importante en los esfuerzos por lograr la salud pública al promover el apoyo, compartir información fundamental y decidir el rumbo de las políticas en los últimos años–, la cultura de estas, en el caso de las conferencias internacionales sobre salud sexual y reproductiva, como en la de SIDA, habían evolucionado alineadas a las tendencias marcadas por las corporaciones empresariales, con elencos multiestelares y millones de dólares, y decenas de miles de horas/persona dedicados a ello.* En la reunión cuestionamos si dichas conferencias aportaban algo importante para nuestro trabajo. Luego pasamos a examinar las consecuencias de lo que percibimos como la fragmentación del trabajo en nuestro campo, la despolitización del proceso y de las metas involucradas, puesto que una gran cantidad de temas, así como el número de grupos y redes dedicados a ellos se habían desarrollado, estando algunos ya incorporados en el sistema. Entre los temas que levantamos se encontraban los siguientes:

- El estrechamiento y simplificación de las metas desarrolladas en la década de 1990 en varias reuniones de la ONU, en las que tuvo mucha influencia la participación de los promotores de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos.
- Las consecuencias de destinar enormes sumas de dinero a aspectos específicos relacionados a la carga de enfermedades y casi nada a otros.
- El potencial y las limitaciones de utilizar el marco de los derechos humanos para promover los derechos sexuales y reproductivos.
- La privatización de los sistemas de salud como parte de las presiones económicas neoliberales para desmantelar la responsabilidad que tienen los estados de brindar bienestar social.
- La denigración del valor de los sistemas de salud pública y por consiguiente la privación de recursos.
- Metas de corto plazo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en vez de objetivos y planes de largo plazo.
- El ofrecimiento sin cumplir, de que los países en desarrollo harían suyas sus propias metas de salud.
- La obsesión de muchos donantes por medir y contabilizar resultados aun cuando no se contara con los recursos necesarios para lograr los cambios que se requieren.
- Ausencia de mecanismos de rendición de cuentas, acordados en forma colectiva, que puedan aplicarse a los protagonistas clave en el campo de la salud, incluyendo a donantes, gobiernos y sociedad civil.

En nuestra calidad de investigadores, promotores, activistas, académicos, profesionales de la salud, personal de organismos y organizaciones no gubernamentales, gubernamentales e intergubernamentales, también reconocimos

* Berer M, Shameem S, Allotey PAA. Are recent international conferences advancing sexual and reproductive health and rights?[¿Las recientes conferencias internacionales están logrando avances en materia de salud y de derechos en materia de salud sexual y reproductiva?] (Artículo no publicado, en el informe de Langkawi, Anexo 1. (Ver nota de pie de página * página 5 para mayor referencia).

que nuestro movimiento no había logrado trabajar internacionalmente por lograr un programa de acción común que abordara en forma transversal la salud reproductiva, los derechos reproductivos, la salud sexual y los derechos sexuales, teniendo en cuenta que estos afectan a todos y no solo a las mujeres.*

Un llamado a "repolitizar" la salud y los derechos sexuales y reproductivos

La exhortación a "repolitizar" la salud y los derechos sexuales y reproductivos surgió de esta conversación y otras posteriores. Este "grupo de repolitización" organizó una reunión pequeña pero mundialmente representativa en Langkawi, Malasia, en agosto de 2010, siendo nuestro anfitrión el Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). En febrero de 2011, RHM y ARROW publicaron un informe de dicha reunión,† centrado en seis temas principales: las influencias macroeconómicas en la salud, la educación en salud pública, el papel de la industria farmacéutica, las políticas de derechos humanos, el financiamiento y la perpetuación del poder. La reunión elaboró una larga lista de recomendaciones sobre el camino a seguir, que se incluye al final del informe. Este número de la revista profundiza en estos temas y plantea otros más. Sin embargo, la revista no sustituye al informe, sobre todo porque este contiene las percepciones y experiencias de más de 50 personas que asistieron a la reunión. Por ello, vale la pena leer ambos documentos. El informe de Langkawi comienza así:

"Durante los últimos 18 meses nuestro grupo ha discutido las preocupaciones sobre lo que percibimos como la fragmentación, debilitamiento y despolitización de nuestro campo, a pesar de los logros considerables obtenidos en algunos países, donde la voluntad política y una sociedad civil activa‡ han trabajado unidas en torno a objetivos comunes. Hemos observado una tendencia desalentadora a que se otorguen cantidades de dinero cada vez mayores a gobiernos, grandes ONG y megaconferencias dirigidas principalmente desde el "norte global". El financiamiento otorgado a los gobiernos tampoco ha prestado suficiente atención a los esfuerzos de investigación, política y programación que se vienen levantando desde las bases en los países, y ha producido muy poco o ningún cambio social aparente. Un ejemplo de ello es que no se ha logrado mejorar la prestación de servicios, más allá de los servicios de extensión básicos, para vincular el empoderamiento individual en el seno de las familias y las comunidades con un acceso oportuno y asequible a servicios curativos, especialmente en la mayoría de países con pocos recursos. En 2015, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo cumplirá dos décadas sin haber alcanzado resultados concretos; asimismo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud seguirán sin cumplirse. Creemos que es necesario desarrollar una visión de futuro que aproveche el Programa de Acción de la CIPD y la limitada interpretación e implementación de los ODM sobre salud hasta la fecha, pero que vaya más allá de ellos, hasta darles un enfoque de transformación que tome en consideración las realidades del siglo XXI." (p.3)

Identificar "instrumentos" políticos que solucionen "problemas" políticos

Este número de la revista contiene sustancialmente las versiones revisadas de algunos artículos presentados en la mencionada reunión, así como otras propuestas sobre el tema, que RHM ha recibido durante el año pasado. Estos artículos y

* A pesar de que para la mayoría de los que asistimos a esa reunión los derechos y necesidades de la mujer han sido históricamente la fuerza que ha motivado nuestro trabajo.

† Repoliticizing sexual and reproductive health and rights: report of a global meeting, Langkawi, Malasia, 3–6 Agosto 2010. En: <www.rhmjournal.org.uk/events/ meeting-reports.php>. Se puede pedir una copia impresa sin costo, enviando un correo electrónico a: <pmartin@rhmjournal.org.uk>.

‡ Aquí, al hablar de "sociedad civil" y de "ONGs", me refiero a los grupos progresistas, que están a favor de la Salud y los Derechos en Materia de Asuntos Sexuales y Reproductivos. Es importante describir a quiénes nos referimos pues hay una creciente participación en este campo de ONG que se oponen a la elección y a los derechos y que tienen por objeto destruir los logros alcanzados en la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, y de ONG cuya ética es empresarial y mercantilista, careciendo ambas de objetivos de justicia social.

los estudios que aparecieron en dos números de la revista que trataron sobre privatización y que precedieron a este número, representan un importante paso adelante para abordar la salud sexual y reproductiva en un contexto político que empezó en Bellagio, 2002, cuando RHM organizó un taller sobre la reforma del sector salud. Hasta entonces habíamos tratado la salud sexual y reproductiva como problema de salud, como tema sobre los servicios de salud, como materia de leyes específicas y como problemática propia de los derechos. A partir de 2002 comenzamos a enfrentar los problemas de los sistemas de salud que obstaculizan los logros en la salud sexual y reproductiva a nivel de la población de los países. Ello incluía las reformas del sector salud, la integración de servicios, la influencia del poder y del dinero, los recursos humanos y la modificación de funciones, así como la criminalización del VIH, la sexualidad y la reproducción. Posteriormente, con los dos números de la revista dedicados a la privatización de los sistemas de salud, analizamos el contexto político y económico en el cual estaba ocurriendo la privatización, sus consecuencias para el acceso equitativo a la salud y a la atención de salud, y el papel de los organismos internacionales donantes y de cooperación así como las políticas y prácticas nacionales que impulsan concretamente un programa de privatizaciones. En cada instancia, la revista ha analizado el papel de los actores políticos clave y el poder que ejercen – para bien y para mal – en influir para que se produzcan o no los cambios y cómo deban ser en el terreno.

Este número de la revista representa la culminación de la atención que brinda RHM al desarrollo de la política de salud y su implementación en relación con la sexualidad y la reproducción, en el contexto de los determinantes sociales de la salud. Brinda un análisis profundo sobre la magnitud de la despolitización de la salud y de la política de salud en nuestro terreno e implícitamente, en la salud en general – incluyendo no solo el papel de los ODM y lo que han generado,* sino el rol que han cumplido y el poder que han ejercido la industria farmacéutica, las agencias bilaterales y multilaterales de cooperación para el desarrollo, la educación en salud pública en las universidades, los organismos y mecanismos de derechos humanos y el entorno macroeconómico. Por sobre todo, se trata de quién se apropia de los temas y sobre la rendición de cuentas. En conjunto, los documentos sirven como advertencia pues indican que si no damos un paso atrás y no reconsideramos hacia dónde vamos y qué deseamos lograr – y para quiénes – corremos el peligro de perdernos.

El estudio de Berit Austveg nos recuerda que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son problemas *políticos*, y no solo técnicos; que necesitamos herramientas *políticas* para resolver problemas políticos y que existen conflictos profundos en materia de valores que han llevado al estancamiento de nuestro trabajo en el terreno. Ella hace un llamado para que haya una redistribución del poder y así promover y alcanzar un acceso equitativo a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, el término "político" se refiere a las políticas y a los valores que las sustentan, y que para nosotros significa una política cuyo objetivo es alcanzar la justicia social. De ahí que hablemos de la necesidad de "repolitizar".

Los artículos que contiene este número abordan los siguientes problemas:

- Que si bien los países pueden ser signatarios de acuerdos internacionales como el Programa de Acción de la CIPD, la Plataforma de Acción de Beijing y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los compromisos que contienen estos acuerdos pueden no ser prioritarios cuando se decide la asignación de recursos en dichos países.
- Que los activistas que promueven la salud y los derechos de la mujer rara vez le han prestado el debido interés a la forma en que se financiaría, organizaría y gestionaría el cumplimiento de estos acuerdos; a si los sistemas de salud de muchos países en desarrollo cuentan con la capacidad necesaria para crear y administrar efectivamente tales servicios; y a de qué manera los cambios macroeconómicos afectan la capacidad de los países para cumplir con estos compromisos.
- Que los indicadores y metas de salud en los ODM han sido reducidos a su mínimo denominador común y que la equidad de acceso no se está midiendo con relación al cumplimiento o incumplimiento de las metas.
- Que las poderosas empresas farmacéuticas están en guerra con los productores de medicamentos

* Esto merece un análisis serio y profundo tanto a nivel de país como a nivel mundial.

genéricos y asequibles, que han invertido mucho en drogas peligrosas y no esenciales como las que se usan en la terapia de remplazo hormonal y no han invertido en muchas medicinas y dispositivos para nuestro campo porque no les generan suficientes ganancias.
- Que la integración de los servicios de VIH y de salud sexual y reproductiva recién se está concretando cuando la epidemia ya lleva 30 años, a pesar de haberse demostrado los cruciales vínculos que los unen.
- Que la inversión en franquicias sociales para brindar servicios limitados de salud reproductiva, que ha aumentado en forma exponencial durante la última década a través de la cooperación de donantes, no parece justificarse pues no hay evidencias de su valor.
- Que la educación en salud pública no ha incluido el análisis y la capacitación en salud sexual y reproductiva en el plan de estudios obligatorios, prácticamente en ninguna de las universidades estudiadas.
- Que un análisis de las tendencias, compromisos y logros en todas las regiones del mundo revela una desigualdad aguda que atraviesa los ámbitos socioeconómicos, étnicos y geográficos, apreciándose que muchos de los beneficios alcanzados son solo parciales y que es evidente que la brecha entre ricos y pobres se está ampliando.
- Que la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es una actividad fundamental de largo plazo, que su financiamiento y organización rara vez debe asumirse como una propuesta de corto plazo, y que se encuentra insuficientemente financiada.
- Que el (financiamiento) vertical y mundial de las iniciativas de salud, a las cuales se asigna el grueso del financiamiento mundial para la salud, no incluye la atención de las enfermedades sexuales y de salud reproductiva (exceptuando VIH/SIDA, que está muy bien financiada, así como la salud materna, neonatal y salud infantil en las cuales la gran mayoría de los fondos no son para la mujer)
- Que a los organismos de derechos humanos les perturba demasiado promover y defender el derecho al aborto aunque ya se sientan capaces de apoyar ciertos derechos sexuales.
- Que aunque los abusos en la salud y los derechos sexuales y reproductivos pueden ser una causa y/o una consecuencia del abuso de otros derechos humanos, rara vez se les menciona en otras luchas por los derechos humanos.
- Que a pesar del rol trascendental de los cuidadores, sobre todo en relación con el VIH, en la 53ª Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, el acuerdo sobre la necesidad de que el Estado asumiera un rol firme, y que los cuidadores tuvieran una participación central en los debates de política, la participación de las ONG conservadoras restringió el marco de los cuidados, en particular respecto a los derechos por discapacidad y a las variaciones en la formación de la familia.
- Que ha resurgido la oposición a los derechos sexuales y reproductivos, encabezada por el Vaticano, que conspira al lado de otras prioridades en competencia para marginar gran parte del trabajo realizado en nuestro campo, a pesar de que aún falta mucho por hacer.

Lo peor es que nuestro propio movimiento ha contribuido a ello. Si bien en las últimas décadas se ha producido un crecimiento, ha terminado fragmentándose pues con frecuencia distintos grupos solo se concentran en un aspecto de la problemática. La política de identidad sexual, las campañas contra la violencia, campañas anti-MGF, campañas por el derecho al aborto, son apenas algunos ejemplos de los temas en los cuales, comprensiblemente, los promotores concentran todos sus esfuerzos pero solo en piezas específicas del rompecabezas y no toman en cuenta los temas de todos los demás, corriendo el peligro de perder de vista la imagen completa.

También han aparecido campañas monotemáticas, con agendas y perspectivas muy reducidas; por ejemplo: la salud materna que excluye la atención de abortos espontáneos, mortinatalidad y la necesidad de anticonceptivos y de que el aborto sea legal y sin riesgos, además de reafirmar, en algunos sectores, una agenda reducida de planificación familiar que consiste en quitarle legitimidad a la noción de la libre elección del método de planificación familiar impulsando solamente los DIU, implantes e inyectables. El VIH/SIDA ha sido una campaña monotemática desde sus inicios, a pesar de que el VIH solo es una forma de enfermedad de transmisión sexual que precisa análisis y tratamiento (este es un enfoque limitado que

solo puede empeorar conforme disminuyan los niveles de financiamiento, hasta el punto en que finalmente se alcance el acceso universal al tratamiento solo financieramente).

Distinguir entre salud reproductiva, salud sexual, derechos reproductivos, y derechos sexuales

La reunión de Langkawi procuró restituir en nuestro trabajo la distinción entre salud reproductiva, salud sexual, derechos reproductivos y derechos sexuales así como enfatizar la integralidad de la agenda. Constantemente se trata de crear confusión en torno a esta agenda, lingüísticamente, apelando al uso casi universal de las siglas SDSR, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos), como si se tratara de una sola cosa que ya ni siquiera es necesario nombrar porque toma mucho tiempo escribir las palabras, sin contar que hay que usarlas con precisión para concentrarse en lo que cada una de ellas realmente implica. Escuchamos a simpatizantes, no muy convencidos, que se quejan de que la agenda es demasiado complicada, demasiado "conflictiva", de que no hemos sido muy claras en definir lo que incluye y que para colmo, será muy cara y tomará mucho tiempo – que es a lo que realmente se refieren – con lo que se implica que aquella no amerita tantos esfuerzos.

Esto ha conducido a una simplificación bien intencionada de los problemas y sus soluciones, con la esperanza de atender al menos los aspectos más básicos. En realidad, todos los ODM han sufrido esta simplificación reduccionista de la complejidad de su problemática; se concentran en las "ganancias rápidas" o "efectos inmediatos", que describen Fabienne Richard y sus colaboradores. Con ello disminuye el impacto que intentaban lograr los ODM, que era, sobre todo, reducir la pobreza y sus consecuencias, una de las cuales es la mala salud generalizada. ¿Acaso alguien piensa que acabar con la pobreza no es complicado y que no tomará mucho tiempo? En realidad los SDSR incluyen una amplia gama de necesidades de salud que duran toda la vida y que atraviesan la reproducción y la sexualidad. La mala salud sexual y reproductiva no solo constituye una gran carga de enfermedades que, como señalan Sharon Fonn y TK Sundari Ravindran, no ha recibido suficiente énfasis en las evaluaciones e incluye necesidades tales como cuidados anticonceptivos, atención de abortos y embarazos, que no tienen nada que ver con la enfermedad pero que son necesarios para conservar la salud y poder controlar el número y espaciamiento de los hijos, con lo cual se permite a la mujer la integridad física y la autonomía que precisa para vivir con dignidad.

ATUL LOKE / PANOS PICTURES

Mujeres migrantes y sus hijos durmiendo en pésimas condiciones en Calcuta, India, 2008

Los ODM: un golpe de estado silencioso

A veces la información de estos estudios resulta abrumadora. Por ejemplo, al describir la historia de cómo surgieron los ODM, Ortiz Ortega dice:

"En este proceso hay un elemento clave: que el cambio de prioridades y contenidos de la agenda de desarrollo solamente surgió de una limitada interacción entre los gobiernos, la sociedad civil y las agencias internacionales. No solo se marginó a las activistas del movimiento de mujeres, sino que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional se apropiaron de toda la agenda global que comprendía temas que iban desde la población y el desarrollo sustentable, hasta los derechos humanos y el género. Este nuevo liderazgo diluyó el enfoque multilateral de los problemas globales y privilegió la visión corporativa. Este "golpe de estado" fue en parte resultado de la consolidación del poder de estos nuevos actores, que asumieron su liderazgo a expensas de las Naciones Unidas, que había sido previamente responsable de la gobernabilidad global. En este nuevo escenario, las políticas públicas se transformaron en servicios para "consumidores" o "clientes" –en vez de ser políticas para ciudadanos- y se pusieron en manos de compañías privadas para que provean dichos servicios en vez de ser funciones del Estado.

"*La consternación inicial con que los grupos de mujeres recibieron los ODM en distintas partes del mundo ha dado paso a una creciente percepción de que el escenario ha cambiado y que es necesario que las mujeres presten más atención a la macroeconomía: por ejemplo, comprendiendo que un incremento en el acceso a la educación para las niñas, no necesariamente representa trabajo seguro y bien remunerado para las mujeres; y que llegar a tener una masa crítica de mujeres en el mercado laboral, no necesariamente implica que las mujeres tengan acceso a una función política o a cargos con cuota de poder en el sector público o privado.*"

En los ODM se plantea el acceso universal a la salud reproductiva, a medicamentos esenciales a precios asequibles y a la igualdad de género; Sin embargo, ninguno de ellos tiene prioridad en el financiamiento o en la atención. Estas son decisiones *políticas*. Es necesario repolitizar también los ODM.

¿Realmente no hay dinero?

¿Realmente no hay suficiente dinero o es que se están cerrando las puertas de acceso al dinero para ciertas cosas por razones políticas? En Langkawi, Sylvia Estrada-Claudio reclamó porque hubiera acceso universal a la atención de salud pública, en la cual la atención de la salud sexual y reproductiva constituye un componente integral. Respecto a cuánto costaría ese acceso ella dijo lo siguiente:

"La cobertura sanitaria universal debe ser objeto de financiamiento público con aumentos extraordinarios en los fondos tributarios. Hay suficiente dinero en la economía mundial y al interior de las economías nacionales de muchos países de renta media y baja que pueden pagarlos. Por ejemplo, el rescate que dio el gobierno de los EEUU al sector empresarial en respuesta a la crisis económica fue de unos 9.7 billones de dólares norteamericanos, mientras que el aumento en el gasto de salud por año que necesitan los países de renta baja para lograr los ODM es apenas una minúscula proporción de esa suma: unos US$10 mil millones." (p.11)

En Junio de 2011 el Lancet informó que donantes internacionales encabezados por el Reino Unido,* la Fundación Gates y Noruega habían prometido US$4.3 mil millones a la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización "que excede en $600 millones la meta de recaudación de fondos de ese organismo".† Aunque la alianza no estaba segura de la forma en que gastaría el dinero, no tenía intenciones de dar los $600 millones adicionales a ninguna otra causa que lo mereciera, como la salud sexual y reproductiva para que todos los niños que se salven con las vacunas también puedan tener madres vivas y saludables que los cuiden. En suma, parece no haber realmente escasez de dinero.

---

* El actual gobierno del Reino Unido alega que su país está fuertemente endeudado como resultado del desmantelamiento del sector público, de haber recortado drásticamente todos los programas existentes de servicio social y haber privatizado el Sistema Nacional de Salud porque, según alegan, no hay dinero para financiarlos.

† GAVI funding meeting exceeds expectations [Reunión de financiamiento de GAVI supera expectativas]. Lancet 2011;377:2165–66.

Sin embargo, los llamados países de renta media, que tienen un largo camino por delante han sido declarados, antes que sus pobladores pobres y rurales algún día tengan "rentas medias", como no elegibles para recibir ayuda para el desarrollo ni para políticas de precios públicos para sus medicamentos, sin tener en cuenta si la condición de su salud pública es buena o mala, ni otros indicadores importantes y, por supuesto, sin considerar la situación en que se encuentre su salud reproductiva y sexual, tal como lo demuestran Richardson y Birn en el caso de América Latina (Ver: RHM Volume 19, Issue 38, November 2011).

En varias décadas, la atención de la salud y los derechos sexuales y reproductivos han tenido grandes logros: menos muertes maternas; asistencia más calificada en el parto; reformas positivas en la legislación sobre el aborto en un creciente número de países; reconocimiento de la importancia de la salud reproductiva y sexual; nuevas tecnologías como las vacunas contra el virus del papiloma humano, un gel vaginal microbicida y las píldoras para aborto farmacológico; aceptación de algunos derechos sexuales; el apoyo a un creciente número de organismos de derechos humanos para algunos de estos temas; y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

Y a pesar de todo, al mismo tiempo parece una lucha interminable, siempre en situación desventajosa, incluso para evitar el retroceso. Tal vez lo peor que está sucediendo, desde el punto de vista de la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, es que muchas veces vemos que se les niega donaciones. Se cierran muchas ONG y redes pequeñas y medianas en todo el mundo, y estas suelen ser precisamente las de los grupos que lideraron en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos durante décadas, las que han sido el motor, las líderes políticas e intelectuales, las innovadoras y la conciencia del movimiento.†

¿Qué pasará si los países se quedan sin organizaciones de promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos que son las que tienen la habilidad, la capacidad y la competencia para hacer que se produzcan cambios políticos en el terreno? ¿En qué etapa se perdió la conciencia – o se ignoró la evidencia – de que los grupos autónomos que trabajan en los niveles nacional y local necesitan fondos -como lo demuestra el artículo de Barbara Klugman- que les permitan abogar por políticas de salud y derechos sexuales y reproductivos; realizar las investigaciones necesarias para exigir que los gobiernos se hagan responsables de su implementación; para construir nuevas generaciones de líderes; para organizarse colectivamente; para lograr la comprensión y compromiso de estas problemáticas entre aquellos que promueven y defienden otros derechos humanos, y para atraer a quienes deciden la agenda en el ámbito internacional? Sin esto estaríamos realmente perdidos. A largo plazo, la continuidad de su existencia y su fortaleza para actuar es lo único que posibilita que se acepten la salud y los derechos sexuales y reproductivos y no solo los servicios, que se hagan sostenibles con financiamiento nacional y se integren tanto en los sistemas nacionales de salud, como en leyes y políticas de salud y derechos y de bienestar social. (Ver: RHM Volume 19, Issue 38, November 2011)

Estrategias clave

La reunión de Langkawi concluyó dando su apoyo a las siguientes estrategias clave para avanzar:

- Ampliar espacios de compromiso; por ejemplo, entre el trabajo nacional y el internacional, y

* Price J. The "politically 10%" group. Informe de Langkawi, Anexo 2. (Ver nota de pie de página * página 5 para mayor referencia).

† En mi opinión esto se debe a que han habido cambios sin mayor reflexión, en las prioridades de los donantes, con lo cual el financiamiento se está reorientando a ONG dominadas, casi en su totalidad, desde EEUU y el Reino Unido, las mismas que están organizando megaconferencias no representativas o brindando servicios privados de salud reproductiva pero separados de los sistemas de salud pública, por ejemplo, mediante franquicias sociales, principalmente anticonceptivos y en algunos casos atención prenatal y de partos y abortos. Estos servicios, como lo han demostrado TK Sundari Ravindran y Sharon Fonn, están obligados a cobrar tarifas que suelen ponerlos fuera del alcance de las mujeres de bajos ingresos y podrían no ser económicamente sostenibles a largo plazo.

decidir un nuevo conjunto de estrategias para la etapa posterior al 2015.

- Crear nuevas agendas de desarrollo en torno a la justicia social; por ejemplo, que se incluya la problemática de los hombres en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como los temas de orientación sexual e identidad de género, explorando qué significa, concretamente, la repolitización.
- Aprovechar oportunidades; por ejemplo, profundizar la agenda de la CIPD e influir en el contenido de los nuevos ODM que sucederán a los actuales, creando una teoría de cambio social para alcanzar la justicia social.
- Influir en los donantes; por ejemplo, creando un grupo de interés de donantes, ubicándolos según lo que financian y a quién financian, así como lo que queremos que ellos financien, y haciendo campañas para promover que los donantes rindan cuentas.
- Fomentar la investigación; por ejemplo, construyendo un liderazgo intelectual que abarque muchos países y sea multidisciplinario, multisectorial y de múltiples niveles; examinando las evidencias disponibles sobre los avances en el logro de los objetivos de la CIPD e identificando las brechas por cubrir; situando y documentando el trabajo político, tanto el que apoya la salud y los derechos sexuales y reproductivos a nivel de base y a nivel de país, como el que se opone a ello; e integrando la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos en las investigaciones sobre salud pública y derechos humanos.
- Formar una alianza internacional por la salud y los derechos sexuales y reproductivos para aunar esfuerzos en todos los puntos de la agenda, para apoyar las acciones a nivel nacional como objetivo primordial; definir una agenda para activistas con pertinencia y especificidad internacional, regional y nacional a través de conferencias representativas, regulares e internacionales; y revigorizando y enlazando las redes y grupos nacionales así como las redes regionales existentes.

Hay mucho trabajo por hacer y en Langkawi se enfatizó la importancia de contar con promotores experimentados y de involucrar a la nueva generación en la definición de principios, el desarrollo de una plataforma común y la promoción de posiciones consensuadas.

La conversación publicada en el informe de Langkawi y el minucioso examen de los temas de los artículos en este número muestran cuántos desafíos, tanto en sentido positivo como negativo, seguirá teniendo este trabajo en las próximas generaciones. Tal como concluye el artículo de Wanda Nowicka en la edición de RHM en inglés:

Quienes promueven los derechos humanos deben reconocer las inevitables e inherentes dificultades que implica el dedicarse a procesos políticos y enfrentar la realidad de que la lucha por el pleno reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho al aborto, nunca será un proceso lineal ni llevará a una "victoria" definitiva. Por consiguiente, es indispensable encontrar nuevas formas de comprometerse y nuevos socios en nuestros empeños. La comunidad internacional de promotores y defensores de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se está dando cuenta de que el trabajo en derechos humanos, y su propio trabajo también, se fortalecerían si se integraran a un movimiento mayor que busque la justicia social y los derechos económicos en la medida en que se relacionan con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Y no olvidemos tampoco los derechos políticos.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2011 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2011;19(38):26-34
0968-8080/11 $ – see front matter
DOI: 10.1016/S0968-8080(11)38583-7

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

La perpetuación del poder: algunas razones del estancamiento de la salud reproductiva

Berit Austveg

Asesor Superior, Junta de Supervisión Sanitaria de Noruega, Oslo, Noruega. E-mail: ba@helsetilsynet.no

Resumen: *La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en 1994, representó un cambio de paradigma de programas verticales de control de la población a la amplia promoción de la salud sexual y reproductiva como parte de los derechos humanos, mediante el fortalecimiento de los servicios de salud y el abordaje de los determinantes sociales subyacentes de este. En su Programa de Acción, la comunidad internacional estableció objetivos ambiciosos para la salud reproductiva, basados en una influyente voluntad política entre políticos del más alto rango y apoyados por muchas ONG de base. Hasta la fecha, se han logrado muy pocos avances y ya no se espera cumplir con los objetivos. Una de las razones para esta situación podría ser la despolitización del apoyo a la agenda de salud reproductiva, que se ha centrado más en asuntos administrativos y técnicos que en liberar el poder necesario para realizar cambios. Otras dos tendencias que afectan más que la salud reproductiva han contribuido a esta situación. En primer lugar, el pedido de establecer objetivos mensurables y el uso de indicadores como base para la planificación, en lugar de utilizar medidas válidas y confiables para monitorear procesos complejos. Ello ha producido una nueva forma de programa vertical en salud reproductiva, en el cual se omite la naturaleza integral de la salud reproductiva y se centra la atención en una definición restringida de la salud materna. Segundo, en vez de apoyar los diferentes roles de los diferentes actores en la lucha por una mejor salud reproductiva, el enfoque se ha centrado en la coordinación y la armonización, lo que no resulta adecuado para tratar asuntos polémicos.* © 2013 edición en español, 2011 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Objetivos de Desarrollo del Milenio, políticas y programas de salud reproductiva, mortalidad materna, abogacía o defensa y promoción y proceso político, indicadores

Durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, se acordó un programa de acción correctamente entendido como un cambio paradigmático.[1] El paradigma de control demográfico, entonces predominante, pasó a la historia y fue remplazado por un nuevo paradigma centrado en la salud sexual y reproductiva, enmarcado en los derechos humanos y claramente centrado en la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. Un año después, la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer confirmó y reforzó muchas de las decisiones de El Cairo, además de concentrarse principalmente en la igualdad de género.

Coincidió la voluntad política en los más altos niveles con una amplia base social, pero hubo pocos cambios

En las dos conferencias, los estados miembros de la ONU negociaron un documento frase por frase, palabra por palabra. Las ONG desempeñaron un papel importante cabildeando y aportando en estas negociaciones. Algunas ONG feministas estaban estupendamente organizadas, lograron forjar alianzas con los

negociadores de gobiernos con ideas afines y consiguieron influir sustancialmente en los resultados.[1] Estas conferencias fueron procesos políticos con una amplia base social que además contaron con un considerable involucramiento de funcionarios públicos de los países miembros. A pesar de que los acuerdos de ambas conferencias tienen ciertas limitaciones, en su momento fueron correctamente considerados como sumamente progresistas. Suscitaron mucho optimismo pues se esperaba que la fuerte voluntad política manifestada en los acuerdos se tradujera en cambios concretos.

Esta expectativa de cambios inminentes se fortaleció cuando se formularon los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) al iniciarse el nuevo siglo. La salud reproductiva ocupaba un lugar preponderante pues tres de los objetivos relacionados con la salud tenían que ver con la reproducción y la sexualidad. El ODM 4, reducción de la mortalidad infantil, solo podría alcanzarse si se redujera sustancialmente la mortalidad neonatal y para ello era necesario mejorar la atención obstétrica. La disminución de la mortalidad materna, ODM5, es lo fundamental de la salud sexual y reproductiva. El VIH, que es el sexto objetivo, forma parte de la salud sexual. Los ODM fueron aprobados por numerosos jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio, celebrada en septiembre de 2000. El proceso no fue ciertamente tan inclusivo como las conferencias de El Cairo y de Beijing, pero en todo el mundo se expresó un firme compromiso político al más alto nivel.

¿Por qué no se dieron los cambios? Una hipótesis

Actualmente se reconoce en términos generales que la salud reproductiva no ha logrado todo lo que se esperaba. A pesar de algunas mejoras reportadas en los indicadores del ODM sobre salud reproductiva, [2] el mundo está muy lejos de alcanzar los objetivos acordados. Si se demostró tanta voluntad política en los altos mandos y tanto apoyo en las ONG, ¿por qué estamos en esta situación?

Basándome en mi participación en varios de los procesos mundiales relacionados con la salud sexual y reproductiva, me permito sugerir que, si bien se ha politizado notablemente la oposición a las mejoras en materia de salud sexual y reproductiva, el apoyo a tales mejoras se ha despolitizado de una forma que obstruye su avance. Aunque se han enfatizado los objetivos generales es posible que los conflictos de intereses se hayan descuidado en los niveles donde se toman las decisiones importantes. Esto supone que no se ha liberado el poder para realizar los cambios y por ende la voluntad política no se ha traducido en los cambios necesarios. A continuación examinaré algunas razones que podrían haber causado esta situación. Mi impresión es que paradójicamente las buenas intenciones – tal como se expresaron en la decisión de priorizar actividades que produjeran resultados rápidos, sumado a la desatención de las pugnas por el poder en los distintos niveles donde se toman las decisiones importantes – pueden haber frenado el avance.

¿Se han perdido las medidas y los elementos de medición?

Durante los últimos años hemos visto crecer el enfoque en objetivos y metas mensurables. En la atención de la salud, la práctica de una medicina sustentada en evidencias fue una reacción contra el uso de intervenciones que no solo no fueron eficaces sino que llegaron a ser perjudiciales.[3] En la cooperación para el desarrollo ha aumentado el pedido de intervenciones que tengan resultados y que justifiquen las inversiones realizadas. Para aumentar la efectividad de la cooperación, muchos donantes han incluido en sus programas la exigencia de mediciones, objetivos, metas y parámetros de comparación como nunca antes se había visto.[4]

Pero cuando se exagera, lo bueno puede terminar siendo perjudicial. En medicina se constata cada vez más que los estándares ideales de los ensayos de doble ciego y los estudios de casos no se pueden aplicar a todos los aspectos de la investigación de la salud.[5] Además, en la cooperación para el desarrollo no todos los cambios se pueden medir con criterios sencillos. [6] Cuando las situaciones son muy complejas es necesario que las decisiones se basen también en la experiencia y en la competencia, y en lo que se conoce como "creatividad informada"[7] y no basta tener intervenciones sencillas que puedan someterse a cálculos matemáticos. Es preciso contar con buenos indicadores. Pero,

sobre todo, es necesario comprender el uso apropiado de tales indicadores, como los indicadores acordados en El Cairo y con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Indicadores de salud reproductiva acordados a nivel mundial

La CIPD determinó muchas metas, basándose en el reconocimiento de que el mejoramiento de la salud reproductiva es el resultado de muchos procesos. El Programa de Acción contiene ideales y metas para la lucha contra la pobreza, la sostenibilidad ambiental, educación, relaciones de género, derechos de las personas con discapacidades, grupos indígenas y otros. Las metas cuantificadas que son más específicamente de salud sexual y reproductiva son:

- Reducción de la razón de mortalidad materna (RMM)
- Reducción de la tasa de mortalidad infantil y de la mortalidad de niños menores de cinco años
- Provisión de servicios de planificación familiar
- Acceso a la salud reproductiva para todas las personas de edad apropiada, a través del sistema de atención primaria de salud.[8]

Asimismo, la CIPD formuló pronunciamientos generales sobre la provisión de servicios de salud para prevenir y manejar infecciones de transmisión sexual, combatir la mutilación genital femenina y VIH/SIDA, promover la lactancia materna, entre otros.

El Programa de Acción de la CIPD reconoció que la salud sexual y reproductiva constituye un paquete que requiere de un enjambre de actividades interdependientes. Bernstein y White las llaman "fundamentalmente interrelacionadas e imposibles de lograr sin las demás".[9] Este enfoque integral surgió como respuesta a los programas verticales de planificación familiar y a la desatención de los problemas de género y sexualidad en los programas de planificación familiar. También fue una reacción al constatar que el enfoque de salud materno-infantil, que sirvió para mejorar la salud infantil no había sido efectivo para la salud de la mujer.[10] Paradójicamente, seleccionar la razón de mortalidad materna como un indicador para el ODM5 ha provocado un nuevo tipo de verticalidad.

Tal como se mencionó anteriormente, los tres Objetivos de Desarrollo del Milenio sobre la salud atañen a la salud reproductiva. Cabe agregar que el ODM3, promoción de la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres, es un elemento determinante de la salud reproductiva, al igual que lo son la reducción de la pobreza y el hambre y la mejora de la educación, que también forman parte de los ODM. Sin embargo, el ODM íntimamente más representativo de la salud reproductiva es el ODM5, reducción de la mortalidad materna, el mismo que originalmente era la única meta de ese objetivo. Según la CIPD, y asumiendo la veracidad del pronunciamiento de Bernstein y White, los indicadores de disminución de la mortalidad materna se pueden considerar como indicadores del funcionamiento de todos los componentes de la atención de la salud reproductiva, combinados con los determinantes e indicadores fundamentales para el funcionamiento de los servicios de salud. Así se reconocieron en las negociaciones de la CIPD+5 en 1999, donde se decidió que "en la reforma del sector salud debía ocupar un lugar preponderante la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y debía utilizarse como un indicador para dicha reforma" (párrafo 62b).[11]

La razón de mortalidad materna como indicador de salud sexual y reproductiva

Como en los últimos años ha aumentado enormemente el uso de la palabra "indicador", merece que lo analicemos.

Si queremos medir algo complejo y multifacético debemos encontrar buenos instrumentos de medición. Esto quiere decir que no sea algo con lo que solo se puede contar y adquirir datos sino que también sea válido (que nos diga algo importante sobre lo que queremos medir) y confiable (que distintas personas obtengan resultados comparables). Además, un indicador debe tener solidez, es decir que debe poder amortiguar el sesgo que provoca la selección de un indicador. Un ejemplo de dicho sesgo, que se toma de la provisión de servicios de salud, es cuando se utiliza la cobertura de vacunación como indicador del desempeño del sistema de salud en términos más amplios, y se informan esos niveles de cobertura a la ONU y otros organismos regionales y mundiales. Cuando se conoce que la cobertura de vacunación es tan importante que se puede usar como una herramienta de medición en general, las

autoridades nacionales y los profesionales de salud se esfuerzan por alcanzar una alta cobertura que prestigiará al país. Le asignan a la inmunización una prioridad muy alta, con lo cual es posible que disminuyan la prioridad, atención y recursos de otros problemas de salud igualmente importantes. Este sesgo le resta validez a la vacunación como medida para determinar el funcionamiento de los servicios de salud en general.

De manera similar, antes que la reducción de la la mortalidad materna fuera seleccionada como un Objetivo de Desarrollo del Milenio podía considerársela como un buen indicador de todos los elementos de salud reproductiva. Sin embargo, no resultó siendo así. ¿Por qué? Porque muy pronto se empezó a enfocar en un primer plano la atención de salud materna, a menudo justificándolo con el argumento de que esta era una manera de asegurar la sobrevivencia de las madres para beneficio de sus hijos. A su vez, se justificaba el vínculo de la salud materna con la salud del niño por el hecho de que la mortalidad neonatal no había disminuido o había decrecido demasiado lentamente en comparación con la mortalidad infantil en general,[12] porque la supervivencia del recién nacido está fuertemente relacionada con la sobrevivencia de la madre. También se ha subrayado la importancia de que la madre esté viva para que sobrevivan los niños mayores.[13] Al hablar de "salud materna" pensamos en la salud de las madres. Sin embargo, la salud materna se refiere al embarazo y al resultado del embarazo, sea este el parto de un niño vivo, un mortinato, aborto inducido o aborto espontáneo. Estas dimensiones se han perdido no necesariamente por la naturaleza del propio indicador sino por la forma en que se ha interpretado y se ha utilizado.

Asistencia calificada como indicador sustitutivo: mayor simplificación

Además de ser válido, confiable y sólido, un indicador no debe requerir gran cantidad de recursos para medir algo. Durante las negociaciones de la CIPD+5, muchos sintieron la necesidad de cambios urgentes, pues ya había quedado en claro que la reducción de la mortalidad materna estaba muy rezagada. Muchos también comenzaron a dudar de la utilidad de la razón de mortalidad materna para monitorear los cambios de un año a otro y en pequeñas poblaciones, pues era reducido el número de muertes involucradas. Para esta situación se necesitaba un indicador de proceso. La importancia de que en el parto se contara con asistencia calificada para que las mujeres sobrevivieran ya se había documentado,[14] y se consideró un parámetro fácil de medir. Por consiguiente, en la CIPD+5 se acordó adoptar como indicador de referencia la proporción de partos asistidos por una persona calificada para ello (párrafo 64).[11] En este caso también, aunque tal vez no fuera premeditadamente, y viéndolo retrospectivamente, esto puede haber coadyuvado a recortar los enfoques para la salud materna, poniendo específicamente en un primer plano la prestación de cuidados de maternidad por personal calificado, llegando hasta el punto de pagar a las gestantes para que acudan a establecimientos de salud para dar a luz, sin mejorar la calidad de la atención de maternidad que recibirían,[15] y paralelamente descuidando sus otras necesidades de salud reproductiva, que suelen ser considerables.

La CIPD+5 adoptó además otra decisión con el potencial para situar la salud materna en el centro de la atención de salud confrontando así la verticalidad, y fue usar la disminución de la mortalidad materna como un indicador para asegurar el éxito de la reforma del sector salud (párrafo 62b).[11] Con esta medida se creó conciencia de que para que la atención del embarazo sea efectiva debe estar plenamente integrada en los servicios de salud en vez de brindarse verticalmente. Sin embargo, si comparamos este indicador con el de atención calificada en el parto vemos que no se le ha dado suficiente reconocimiento y que está siendo subutilizado, precisamente porque es un objetivo cuyo logro es complejo.

Un intento por retomar los servicios integrales de salud reproductiva en el marco del Objetivo del Milenio No. 5

En 2005, la Asamblea General de la ONU adoptó una resolución que agregaba una nueva meta al ODM5. Dicha meta (5b) establece que para 2015 debe haber acceso universal a la salud reproductiva, en forma similar a una meta de la CIPD. Para ello fue preciso mucho trabajo preliminar en los países y solo se adoptó esa

meta tras encarnizados debates que pusieron sobre la mesa todas las controversias alrededor del tema de la salud reproductiva.[1] El hecho de que se haya añadido la meta 5b podría interpretarse como una vuelta a la visión holística de la salud reproductiva como elemento nuclear de la atención de salud, lo que fue apuntalado en el consenso de El Cairo. Pero llegó muy tarde y en muchos países la atención del parto ya estaba situada en el primer plano de atención. Además, era necesario contar con indicadores de fácil medición para la nueva meta. Se eligieron cuatro indicadores: tasa de prevalencia de anticonceptivos, tasa de natalidad en adolescentes, cobertura de atención prenatal y la necesidad no satisfecha de planificación familiar. Dichos indicadores sirven para metas sumamente encomiables, pero son difíciles de alcanzar si no se cuenta con servicios de salud reproductiva integrales y de alta calidad. Lo que cabe preguntar es si estos indicadores pueden servir como las herramientas necesarias para motivar el cambio que se precisa en todos los servicios de salud.

El poder de producir cambios

¿Regreso al discurso del poder?

Es necesario contar con un buen plan de gestión para poder alcanzar las metas preestablecidas, en torno a las cuales existe un acuerdo común. Esto es igualmente válido para los Objetivos de Desarrollo del Milenio como para los planes de acción de El Cairo y Beijing, que cuentan con los elementos para ese tipo de plan de gestión. Sin embargo, en todos estos casos los acuerdos fueron resultado de negociaciones que reflejaban tensiones intrínsecas que debían resolverse como etapa previa a la implementación de los planes. ¿Por qué? Porque las tensiones son consecuencia de problemas relacionados con los valores, que son políticos en esencia y que deben resolverse a través de la redistribución del poder.

En el trayecto que llevó hasta la Asamblea General de 2005, el Proyecto del Mileno designó un grupo de expertos reconocidos por su pericia técnica en el terreno para estudiar qué se necesitaría para alcanzar los ODM dedicados a la salud de la mujer y el niño. En su informe titulado *¿Quién tiene el poder? Cómo transformar los sistemas de salud materno infantil*,[16] recomiendan cambiar las prioridades y reorientar los recursos para que los servicios de salud normales puedan atender emergencias relacionadas con el embarazo y para que las comunidades y los sistemas de salud brinden a los niños la atención de salud que necesitan. Exigen metas que se ocupen de la equidad y señalan que el "enfoque del goteo para eliminar las desigualdades no funcionará jamás". Básicamente, el informe pide *herramientas políticas* para solucionar el problema de la inequidad en el acceso a los servicios. Esto significa que hay que encarar intereses en conflicto y priorizar en la pugna por acceder a los magros recursos existentes. El informe también pide que "se aborde el contexto social, económico y político en que viven las personas y en el cual están arraigadas las instituciones dedicadas a la salud". Pero este tipo de perspectiva no nos sirve para informar de qué manera aumenta el uso de los "indicadores". El informe pone énfasis en la necesidad de ver más allá de las cifras alcanzadas para determinar cuál es el impacto de la intervención a largo plazo en la salud y a quiénes se ha beneficiado con esto.

Énfasis en la gestión y desatención de las dimensiones del poder

La salud reproductiva no está aislada, la afectan consideraciones de índole más general sobre la forma de organización de las sociedades. Según Ewald,[17] en el mundo hay una tendencia cada día mayor a mirar todas las organizaciones con la misma óptica. De esta manera, sostiene el autor, se da por sentado que las instituciones públicas deben administrarse con los mismos principios que aplican las empresas privadas. Las empresas desarrollan modelos y procedimientos que luego han sido recomendados para los servicios públicos y que estos han adoptado. En ese sentido los pacientes han pasado a ser consumidores de atención médica y clientes de servicios de salud, mientras que los profesionales de la salud se han convertido en recursos humanos. En sintonía con esta filosofía se proponen asociaciones, coordinación y armonía, no solo para producir insumos sino también para producir bienes públicos. Restarle importancia al conflicto de intereses, y las formas de encararlo puede perjudicar sobre todo los aspectos más controvertidos y aquellos aspectos donde la

injusticia y la desigualdad social ocupan un lugar prominente, como son la sexualidad y la reproducción.

Un ejemplo: La Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño

Si bien el proceso de la CIPD fue en esencia un proceso político, su Programa de Acción mantiene un extraño silencio respecto al poder. Cuando se refiere a fuerzas contrapuestas y a intereses en conflicto, los describe como situaciones que exigen equilibrio, negociación y armonía en vez de lucha. En retrospectiva, a juzgar por la manera en que se intentaron implementar los ambiciosos planes, también parece que no se le dio suficiente importancia al rol del poder. Un ejemplo de ello es la creación de la *Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH por sus siglas en inglés)*.

La Iniciativa sobre la Maternidad Sin Riesgo fue lanzada en 1987. Fue creada cuando se supo que el enfoque de la salud maternoinfantil no había logrado mejorar la salud de la mujer.[10] Después de que se adoptaran los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el tema de la reducción de la mortalidad materna se volvió tan importante, hubo un intento por reforzar esta iniciativa. Tras un proceso dilatado y complicado, se formó la *Alianza para la Maternidad sin Siesgo y Salud del Recién Nacido*, que se fusionó en 2005 con *la Alianza para la Supervivencia del Niño y se convirtió en la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del* Niño. Al igual que lo hiciera la *Iniciativa sobre la maternidad sin riesgo*, el claro mensaje del PMNCH fue que era necesario trabajar en coordinación y armonía. En la actualidad, la alianza tiene alrededor de 260 miembros, que incluyen gobiernos y organismos estatales, universidades y otras instituciones dedicadas a la investigación como las ONG, redes y coaliciones de ONG, hospitales, agencias de la ONU y el Banco Mundial. Cada una de estas organizaciones tiene sus propios órganos de decisión y sus propios constituyentes y tienen naturalezas fundamentalmente distintas. Entonces no debe sorprendernos que la PMNCH haya tomado tanto tiempo en encontrar las maneras de trabajar, hasta el punto que resulta cuestionable si ha valido la pena el dinero y el tiempo que han consumido. Las alianzas pueden ser una forma racional de organizar la producción, conforme a un plan de producción acordado, pero cabe preguntarnos si esa organización es realmente apropiada para tratar políticamente temas tan controvertidos como la salud reproductiva de la cual es parte intrínseca la salud materna.

Aunque sea duro decirlo, en un cierto punto las atribuciones de la Alianza pasaron a ser casi una parodia de lo que anteriormente había sido un enfoque integral de la salud reproductiva, que incluía la planificación familiar y el cuidado de mujeres que gestan y paren o que abortan. En su página web tenían el siguiente lema: *Ninguna madre debe morir innecesariamente por su recién nacido*. Uno podía marcar un casillero para expresar su acuerdo con esta frase y automáticamente ingresaría a una lista de circulación de información. Sin embargo, en todo el mundo, Estados, instituciones y personas buscan orientación y justificación de sus actos en este tipo de estructuras mundiales.

No solo para la salud reproductiva: ideales gigantescos y megaplanes frente a la turbia realidad del poder

Los planes globales son megaplanes y las decisiones que se necesitan eventualmente para que las cosas cambien deben tomarse en muchos niveles distintos. Los investigadores han estudiado qué ocurre cuando los nobles ideales se enfrentan a la realidad de la vida cotidiana. Catherine Weaver, por ejemplo, ha analizado el Banco Mundial y descubrió que hay enormes discrepancias entre lo que el Banco dice y lo que hace, lo que ella denomina una trampa de hipocresía.[18] Ella explica que es muy difícil eludir esa trampa porque la "hipocresía" es resultado del tener que manejar demandas contradictorias.

El investigador danés, Bent Flyvbjerg, en un análisis de megaproyectos en construcción y planeamiento urbano también descubrió una interesante discrepancia entre los ideales y la realidad.[19] Flyvbjerg toma como ejemplo y metáfora el planeamiento de la ciudad danesa de Aalborg y las consecuencia que se obtienen cuando se ejecuta un plan enorme, desarrollado conforme a procesos democráticos y con la mejor de las intenciones. El plan para Aalborg consistía en crear edificios y espacios al aire libre que respetaran el medio ambiente,

dentro de los plazos y presupuestos acordados, y que fueran accesibles para todos. Terminaron excediendo de lejos los presupuestos y con construcción de baja calidad, demoras e insuficiente acceso para las personas con discapacidades. Basándose en esta experiencia Flyvbjerg comenta lo que sucede cuando la racionalidad (vale decir, el plan) se enfrenta al poder (vale decir, donde se toman todas las decisiones). Él sostiene que el poder define y crea realidades concretas, físicas, económicas, ecológicas y sociales, y que cuando la racionalidad se enfrenta al poder es el poder el que prevalece y la racionalidad sale perdiendo.

Existen diferencias fundamentales entre el funcionamiento del Banco Mundial, los megaplanes urbanos y el Programa de Acción de la CIPD y los ODM. Aun así se podría aprender mucho estudiando una organización (como el Banco Mundial) o estructuras concretas (como una ciudad) cuando se analizan abstracciones como el Programa de Acción de la CIPD y el ODM5. Para convertir el Programa de Acción en una realidad se necesitan miles de decisiones en diversos niveles, tanto para rectificar las condiciones que causan una mala salud reproductiva como para poner en funcionamiento los servicios necesarios. Cuando los servicios de salud son descentralizados, lo que actualmente es la norma, el papel del Estado se limita al de mero administrador.[20] Muchos de los procesos decisorios y el establecimiento de prioridades que eventualmente determinarán si se crearán y sostendrán los servicios necesarios, se realizan en los niveles locales por decisores que están próximos a los problemas y que padecen en forma muy concreta las carencias de recursos financieros y de trabajadores en los servicios de salud. En las pugnas por el poder que se llevan a cabo en estos contextos los ideales pueden fácilmente ser los perdedores.

Confusión de roles

Paralelamente a la subvaloración de los temas políticos y al enfoque excesivamente empresarial para reducir la mortalidad materna me permito sostener que ha habido una creciente confusión de roles. En las últimas décadas se han elaborado gráficos muy complejos que ilustran los distintos niveles y la multitud de actores que se necesitan para reducir el número de madres que mueren. Esos gráficos pueden ser útiles para dar un panorama de lo que se necesita, brindar información y ayuda para que los actores seleccionen la metodología más estratégica. Pero también pueden crear la sensación paralizante de que hay que ocuparse de todos los aspectos posibles. Como estamos tratando con problemas técnicamente difíciles en los planos médico, social y político, es posible que no haya suficiente capacidad para interpretar los miles de datos graficados. El impulso por hacerlo todo puede llevar a que no seleccionemos una buena estrategia que sea compatible con las circunstancias específicas en cuestión.

Como el aborto es un tema tan delicado políticamente, se presta a dar buenos ejemplos de la confusión de roles. Cuando se trata de establecer normas, la ONU tiene que acatar lo que han acordado por consenso sus Estados Miembros. En términos de servicios para un aborto sin riesgos esto significa que debe referirse a la legislación nacional. El Programa de Acción de El Cairo estableció el estándar en el párrafo 8.25: "En circunstancias en que el aborto no sea ilegal dicho aborto debe hacerse sin riesgo".[8] Este es un enunciado normativo. Pero la ONU tiene muchas funciones, una de las cuales es transmitir información que tenga sustento técnico, y en este caso, basada en evidencias científicas. En este sentido salta a la vista la confusión de roles en un enunciado que figura en un documento de la OMS:

"La gran mayoría de muertes maternas podría evitarse si las mujeres tuvieran acceso a servicios de planificación familiar de calidad, atención calificada durante el embarazo, el parto y el primer mes posterior al parto, o a servicios de atención después de un aborto y, donde esté permitido, a servicios de aborto sin riesgo."[13]

En este casi se podría argumentar que la OMS está mezclando un rol técnico y descriptivo, con un rol normativo. La evidencia demuestra que los servicios de aborto sin riesgos reducen la mortalidad materna. Sin embargo, la OMS está restringida por las limitaciones políticas de la ONU, y sólo puede decir que debe brindarse un aborto sin riesgos cuando no esté contra la ley o, parafraseándolo en una forma más positiva, "en la medida que la ley lo permita".[21] Pero las restricciones políticas no cambian el hecho de que las mujeres mueren por las complicaciones de abortos con riesgos y que la provisión de un aborto sin riesgos salva vidas de mujeres.

Si la OMS confunde sus roles, no es extraño que las personas y las organizaciones también lo hagan. Inclusive las ONG feministas a veces añaden la frase "cuando no sea contrario a la ley" cada vez que mencionan el aborto, con lo cual innecesariamente se autocensuran y reducen su influencia potencial.

El camino a seguir

Hay una rotunda y abundante oposición a la provisión de servicios de salud reproductiva basados en los valores feministas y los derechos humanos. Esta oposición ha sido, sin lugar a dudas, una razón de mucho peso para la lentitud de los avances en esta área. Sin embargo, este análisis ha intentado descifrar algunas de las razones por las que la promoción del tema de salud reproductiva, entre quienes la apoyan, no ha sido más efectiva y por qué no hemos podido aprovechar mejor el fuerte apoyo político expresado por los líderes del mundo y a nivel de las bases sociales.

Aquí sugerimos que el tema de la salud reproductiva ha resultado siendo víctima de tendencias generales que van mucho más allá de la salud reproductiva e incluso del sector salud. La primera, es un exceso de dependencia en la medición, lo que ha llevado a un nuevo tipo de verticalidad en el cual se ha perdido la integralidad de la salud reproductiva. Esta naturaleza integradora también es necesaria en las áreas que se han seleccionado como metas, como ocurre con la salud materna. Se han usado indicadores como simples herramientas de planificación y no como indicadores válidos de planes complejos que tienen contextos específicos. Si bien la correcta selección de indicadores es parte de la respuesta, también podría ayudar a cambiar las cosas la inclusión de indicadores más estratégicos. Los indicadores compuestos, que toman en cuenta los problemas de equidad tienen un enorme potencial para elucidar las dimensiones de la equidad social en la salud materna, por ejemplo, y ayudarían a concentrar esfuerzos donde es necesario. Hay tendencias prometedoras de que se aumente el enfoque en la equidad, en relación con los ODM.[22]

Los distintos niveles de intervención también requieren indicadores distintos. Una reducción en el número de muertes maternas en una determinada institución no es siempre una señal de mejoría. He observado personal de salud en países en desarrollo, ávido por derivar a parturientas moribundas a otro nivel, en vez de intentar tratarlas o al menos permitirles una muerte digna, porque están bajo la presión de mejorar sus propias estadísticas y no quieren un fallecimiento en su institución. Los indicadores deben contribuir a que los directivos encargados de la atención de salud y su personal mejoren sus servicios y no a la inversa.

En segundo lugar, existe una tendencia a creer demasiado en la gestión y a desestimar, en forma proporcional, la necesidad de contar con procesos políticos que atañen a temas delicados, como la salud reproductiva, para realizar los cambios que deseamos lograr. La coordinación y la armonía no son la mejor política cuando hay diferencias en los intereses. El problema del poder debe reconocerse y manejarse explícitamente, como parte de lo que es, antes que nada, un proceso político.

Agradecimientos

Agradecemos especialmente a Thérèse Delvaux, Adriana Ortiz Ortega y Jeffery O'Malley por sus valiosos aportes a un borrador anterior de este estudio, que fue presentado en la reunión Repolitización de la salud y los derechos sexuales y reproductivos: un programa de transformaciones. Langkawi, Malasia, 3–6 Agosto de 2010.

Referencias

1. Singh JS. Creating a New Consensus on Population. The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights and Women's Empowerment. 2nd ed. London: Earthscan, 2009.
2. The Millennium Development Goals Report 2010. New York: United Nations, 2010.
3. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312(7023):71.
4. Riddell RC. Does Foreign Aid Really Work? Oxford: Oxford University Press, 2007.
5. Cohen AM, Hersh WR. Criticism of evidence-based medicine. Evidence-based Cardiovascular Medicine 2004;8:197–98.
6. Easterly W. The White Man's Burden. Why the West's Efforts

to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good. New York: Penguin Books, 2006.
7. Sharp G. From Dictatorship to Democracy. A Conceptual Framework for Liberation. 4th US ed. East Boston: Albert Einstein Institution, 2010.
8. Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994. New York: United Nations Population Fund, 1994.
9. Bernstein S, White E. The relevance of the ICPD Programme of Action for the achievement of the Millennium Development Goals – and vice versa: shared visions and common goals. 2005. At: <www.un.org/esa/population/publications/PopAspectsMDG/11_MillenniumProj.pdf>. Accessed 11 June 2011.
10. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality – a neglected tragedy: where is the M in MCH? Lancet 1985;2(8446):83–85.
11. Key Actions for Future Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. Adopted by the twenty-first special session of the General Assembly, New York, 30 June – 2 July 1999. New York: United Nations Population Fund, 1999.
12. Neonatal and Perinatal Mortality. Country, Regional and Global Estimates. Geneva: World Health Organization, 2006. At: <www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/neonatal.pdf>. Accessed 11 June 2011.
13. Why do so many women still die in pregnancy or childbirth? Ask the expert. Geneva: World Health Organization. At: <www.who.int/features/qa/12/en/index.html>. Accessed 11 June 2011.
14. Starrs A. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, 18–23 October 1997, Colombo, Sri Lanka. New York: Family Care International, 1998.
15. Maal B, Wadehra R. NIPI: Norway India Partnership Initiative. Quality of Maternal and Newborn Care: Gender and Social Equity. Oslo: Norad, 2008.
16. Who's got the power? Transforming health systems for women and children. Millennium Project, Child Health and Maternal Health. New York: UNDP, 2005.
17. Ewalt JAG. Theories of governance and new public management: links to understanding welfare policy implementation. Paper presented at: Annual Conference, American Society for Public Administration. Newark, NJ. 12 March 2001.
18. Weaver C. Hypocrisy Trap: The World Bank and the Poverty of Reform. Princeton: Princeton University Press, 2008.
19. Flyvbjerg B. Rationality and Power. Democracy in Practice. Chicago: University of Chicago Press, 1998.
20. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
21. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: World Health Organization, 2003.
22. Progress for Children. Achieving the MDGs with Equity. No.9. New York: UNICEF, September 2010.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2011 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2011;19(38):35-41
0968-8080/11 $ – see front matter
DOI: 10.1016/S0968-8080(11)38575-8

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

La perpetuación del poder: una respuesta

Adriana Ortiz Ortega

Asesora Académica, Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría General, México DF, México. E-mail: adriortiz@unam.mx

El trabajo de Berit Austveg[1] examina las dimensiones de poder que se manifiestan en dos corrientes predominantes en materia de derechos humanos, las nociones feministas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y las que postulan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En esta divergencia es preciso examinar quiénes fueron los actores que reemplazaron los acuerdos sobre la agenda de desarrollo mundial, emanados de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994 y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer efectuada en Beijing en 1995, con los de los ODM. También es necesario examinar los procesos que forjan y afectan el ejercicio del poder y que pueden causar un cambio tan radical.

Es en este contexto que se destaca y se entiende la renovada exhortación de las activistas feministas para que se implementen las acciones estratégicas previstas en el Programa de Acción de El Cairo y en la Plataforma de Acción de Beijing. Cabe hacer referencia específica al tema de la mortalidad materna, que ha pasado a ser un problema delicado pues las muertes resultantes de complicaciones por abortos inseguros aparentemente han sido eliminadas cuando se mide la mortalidad materna o, por lo menos, se mencionan menos y atraen menos atención.

Un poco de historia

El Programa de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing contienen las recomendaciones de consenso acordadas en las conferencias de 1994 y 1995, respectivamente, las cuales marcaron un hito para el movimiento internacional por la salud de las mujeres, ya que representaban una visión integral, holística y transformadora del futuro, desarrollada a través del diálogo internacional y suscrita por casi todos los gobiernos del mundo. Como lo escribió Naila Kabeer refiriéndose a Beijing en 2005:

"[Beijing]... no fue una conferencia más de la ONU... fue una conferencia que representó a un movimiento internacional cuyos miembros estaban presentes, no solo en el foro de ONG, que tenía lugar al mismo tiempo que la conferencia oficial y en el que procuraron influir activamente, sino que además desempeñaban un papel activo en la propia conferencia oficial, representando a la sociedad civil en el seno de las delegaciones de los gobiernos, y en algunos casos, siendo incluso delegados de los gobiernos. Tampoco se puede considerar que la conferencia haya sido un evento aislado o individual. Fue un momento dentro de un proceso gestado dos décadas antes, cuando las promotoras de Women in Development, lograron persuadir a la ONU para que declarase 1975 como el Año Internacional de la Mujer y que hiciera lo propio posteriormente con la Primera Década Internacional de la Mujer en el periodo 1975-85. Por un lado, se puede afirmar que Beijing representaba la culminación de un proceso iniciado hace ya muchos años; del otro, sin embargo, la Plataforma de Acción con que concluye Beijing representa un nuevo momento de ese proceso: el principio de una nueva fase en la historia del movimiento internacional de la mujer y de sus intentos por influir en el rumbo del desarrollo"[2]

Resulta sintomático, sin embargo, que ese mismo año Naciones Unidas (ONU) haya iniciado otras reuniones internacionales para iniciar un rumbo distinto para el desarrollo, influido principalmente por consideraciones económicas. Esas reuniones, a las que asistieron las más altas autoridades en el tema del desarrollo, empezaron en 1995 y duraron hasta el año 2000.* *Recibieron mucha atención por parte de los medios cuando quedó claro que culminaría en una nueva agenda para el desarrollo, lo cual no había sucedido en las reuniones anteriores de la ONU. La Asamblea General de la ONU adoptó la Declaración del Milenio en la reunión de los Albores del Milenio. Si bien se integraron 12 temas de la Plataforma de Acción de Beijing a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se aminoró el tono crítico que tenían y se dejó fuera el enfoque integral de la Plataforma de Acción.[2] † † Ciertamente se conservaron elementos esenciales de una agenda de género y se incluyó la igualdad de derechos y oportunidades para hombres y mujeres, así como el derecho a vivir libres del hambre y del temor a la violencia, la opresión y la injusticia. Sin embargo, los objetivos y acciones estratégicos de Beijing quedaron reducidos a débiles recomendaciones en el seno de los seis Objetivos de Desarrollo del Milenio correspondientes. Es más, una constelación de actores diferentes y el rol disminuido de las feministas llevó, por ejemplo, a que la reducción de la mortalidad materna se representara técnicamente, valiéndose solo de un indicador indirecto: "partos atendidos por personal calificado."[1]

El resultado fue que se perdieron más de dos décadas de discusión mundial entre mujeres, así como el fructífero intercambio de ideas que emanó del diálogo entre el feminismo mundial y las ONG, partidos políticos, instituciones internacionales y gobiernos. Aún no se ha escrito una reseña histórica de cómo sucedió este fenómeno; sin embargo, los pocos artículos sobre el tema sostienen que los ODM han servido para reducir la visión y las aspiraciones del movimiento feminista a una serie de metas limitadas y concebidas técnicamente.[1,3,4] Es más, la adopción de los ODM marcaron el desplazamiento de los recursos y prioridades, alejándolos de la sociedad civil y entregándoselos a los gobiernos para desarrollar políticas que erosionaron la perspectiva holística de los derechos humanos, aprobada en las conferencias de

* La Declaración del Milenio surge como un esfuerzo conjunto entre la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y las Naciones Unidas. La declaración evolucionó a lo largo de una serie de conferencias lideradas por la ONU, durante los años noventa, que se concentraron en temas tales como la niñez, nutrición, derechos humanos, mujeres y otros. No es posible individualizar una única conferencia en la que se haya comenzado a elaborar concretamente el borrador de los ODM, pero en 1995 la ONU desempeñó en ello un papel fundamental, como resultado de la reducción de la asistencia oficial para el desarrollo por parte de los principales donantes, al igual que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. El quincuagésimo aniversario de la ONU se consideró una oportunidad histórica para alentar el debate internacional sobre el rol de la ONU. Estas reuniones de la ONU llevaron al informe titulado *Nosotros los Pueblos: El Rol de la Naciones Unidas en el Siglo XXI*, que a su vez generó la Declaración del Milenio. Para entonces la OCDE ya había creado los Objetivos de Desarrollo Internacional (ODI) que se combinaron con los esfuerzos de la ONU en la reunión del Banco Mundial del 2001 y constituyeron los ODM.

† Los 12 temas cruciales de la Plataforma de Acción de Beijing se basaban en la perspectiva de género y en los principios de igualdad, indivisibilidad de los derechos humanos y reconocimiento de la pobreza y de la desigualdad: 1) el persistente y creciente peso de la pobreza sobre las mujeres; 2) las desigualdades y deficiencias de la educación y de la capacitación y el desigual acceso a ellas. 3) las desigualdades y deficiencias de los servicios de salud y afines y el desigual acceso a ellos; 4) la violencia contra las mujeres; 5) los efectos de los conflictos armados y de otro tipo sobre las mujeres, incluyendo a aquéllas que viven bajo ocupación extranjera; 6) la desigualdad en las estructuras y políticas económicas, en toda forma de actividad productiva y en el acceso a los recursos; 7) la desigualdad entre hombres y mujeres al compartir el poder y la toma de decisiones a todo nivel; 8) mecanismos insuficientes en todos los niveles para promover el mejoramiento de la condición de la mujer 9) la falta de respeto a la promoción y protección de los derechos humanos de las mujeres y la desigualdad en su implementación; 10) la existencia de estereotipos sobre las mujeres y la desigualdad en su acceso a la participación de todos los sistemas de comunicación, especialmente los medios; 11) la desigualdad de género en el manejo de los recursos naturales y en la defensa del medio ambiente; y 12) la persistente discriminación contra los derechos de la niña y la violación de los mismos.[2]

El Cairo y Beijing, y en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993).[3] Por lo tanto, la capacidad que tuvieron los actores de la sociedad civil para responsabilizar a los gobiernos y hacerlos rendir cuentas del cumplimiento de sus promesas quedó reducida a intentos de influenciarlos desde afuera - tal como era antes de las conferencias de El Cairo y de Beijing - perdiéndose el espacio para la interacción y disminuyendo la capacidad de las promotoras del movimiento de la mujer para implantar condiciones a los términos con que se define cuáles serán los gobiernos beneficiarios de fondos externos.

Un elemento clave y que merece especial atención en este proceso, es que el cambio de prioridades y contenidos de la agenda de desarrollo solamente surgió de una limitada interacción entre los gobiernos, la sociedad civil y las agencias internacionales. No solo se marginó a las activistas del movimiento de mujeres, sino que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional se apropiaron de toda la agenda global, que comprendía temas que iban desde la población y el desarrollo sustentable, hasta los derechos humanos y el género. Este nuevo liderazgo diluyó el enfoque multilateral de los problemas globales y privilegió la visión corporativa. Este "golpe de estado" fue en parte resultado de la consolidación del poder de estos nuevos actores, que asumieron su liderazgo a expensas de las Naciones Unidas, que había sido previamente responsable de la gobernabilidad global. En este nuevo escenario, las políticas públicas se transformaron en servicios para "consumidores" o "clientes" – en vez de ser políticas para ciudadanos- y se pusieron en manos de compañías privadas para que provean dichos servicios en vez de ser funciones del Estado.

Algunos argumentan que en ese proceso, la gobernabilidad se convirtió en el eslabón perdido de la agenda del desarrollo. [5] En este nuevo escenario mundial, los gobiernos del Sur se encuentran en una posición frágil, dependiendo a menudo de fondos externos para poder continuar con la agenda de los ODM, especialmente en lugares donde hay guerras, conflictos y una creciente violencia social.
El escepticismo sobre este proceso ha llevado a algunos autores a declarar que si bien los ODM son promovidos por la ONU como si fueran resultado de un consenso global, en realidad han sido desarrollados con un enfoque vertical, lo que constituye una especie de privatización de la agenda global.[6] Si esta observación es correcta, posiblemente explicaría por qué el consenso previo, logrado en conjunto con la sociedad civil, ha sido reemplazado no solo por objetivos distintos, sino por distintas estrategias y mecanismos.[5]

En cualquier caso, los ODM representan una forma menos crítica de encarar el desarrollo en un mundo cambiante donde, mientras se derrumbaba el muro de Berlín y finalizaba la Guerra Fría, se recortaron los fondos de la cooperación bilateral para el desarrollo. En este contexto, los donantes privilegiaron la canalización de fondos a través de los gobiernos. Como mencionamos anteriormente, el aspecto más problemático de este cambio de agenda ha sido que en la toma de decisiones ahora participa menos la sociedad civil, que es una fuente crucial de influencia dirigida a cambiar mentalidades, por ejemplo: en relación con la necesidad de un aborto sin riesgos y legal, tema sobre el cual pocos gobiernos se sienten en capacidad de tomar acciones que apoyen a las mujeres. Un efecto perverso de este proceso no solo ha sido el creciente recorte de los recursos disponibles para implementar el Plan de Acción, sino la condicionalidad impuesta a los recursos disponibles para las ONG, que nuevamente han sido reducidas a la condición de observadoras. Como explica Austveg:

"La influencia del poder ha sido cada vez más ignorada por la agenda de los ODM, y el efecto de ello es que ya no se cuestionan las estructuras de poder existentes, que son las que crean obstáculos para el cambio concreto."[1]

Frente a estas circunstancias adversas, las feministas han reaccionado adoptando múltiples estrategias:

Primero, han intentado dialogar con las agencias de la ONU para no perder la oportunidad de influir en los ODM. La consternación inicial con que los grupos de mujeres recibieron los ODM en distintas partes del mundo ha dado paso a una creciente percepción de que el escenario ha cambiado y que es necesario que las mujeres presten más atención a la macroeconomía: por ejemplo, comprendiendo que

un incremento en el acceso a la educación para las niñas, no necesariamente representa trabajo seguro y bien remunerado para las mujeres; y que llegar a tener una masa crítica de mujeres en el mercado laboral, no necesariamente implica que las mujeres tengan acceso a una función política o a cargos con cuota de poder en el sector público o privado.*

Segundo, las feministas han realizado esfuerzos sostenidos para seguir visibilizando la importancia de las recomendaciones de El Cairo y Beijing. Esto se demostró claramente durante las reuniones globales y regionales de seguimiento como la CIPD +5 (1999), Beijing +5 (2000), CIPD +10 y la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, y Beijing + 10 en 2005, en las cuales, sin excepción, los líderes reafirmaron su compromiso con todos los acuerdos tomados. El seguimiento de la CIPD es particularmente importante porque su Programa de Acción exhorta a los Estados a fortalecer la capacidad de sus sistemas de salud, a cambiar su legislación, a realizar el monitoreo y evaluación de la implementación de las políticas y del programa y a movilizar la voluntad política en favor de la salud sexual y reproductiva orientada por el marco de los derechos humanos.[8]

Tercero, las feministas se han esforzado en promover y exhibir ejemplos exitosos de intervenciones en salud reproductiva a nivel local y nacional; uno de los mejores ejemplos de este tipo de intervenciones es lo realizado en Nigeria al promover la educación de las niñas como medio para mejorar la salud sexual y reproductiva.[9] La *Iniciativa* por el Poder de las Niñas se inició en el sudeste de Nigeria y se ha convertido en una organización reconocida internacionalmente que lleva adelante un programa de educación integral y empoderamiento, planeado para lograr la igualdad de género en cuatro estados nigerianos, así como para comprometerse a hacer *lobby*. En un contexto donde la mutilación genital femenina es común, ofrecer información sobre la salud y los derechos resulta extremadamente importante. Esta acción se destaca además porque ha creado un diálogo intergeneracional que ha ayudado a que las chicas desarrollen habilidades para protegerse a sí mismas y desafiar las desigualdades dominantes en su medio. Algo similar ocurre en Asia, donde ARROW ha desarrollado modelos de intervención que han permitido que las ONG influyan en las políticas estatales de educación, y de los derechos sexuales y reproductivos.

Cada una de estas expresiones de compromiso feminista ilustra cómo las feministas siguen luchando para que las conferencias de El Cairo y Beijing mantengan su vital influencia. Quince años después, es posible decir que, a pesar de que los esfuerzos feministas no han podido impedir que la agenda de salud reproductiva haya sido dejada de lado, también es cierto que las metas de igualdad de género y empoderamiento de la mujer están presentes en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y que la eliminación de las disparidades entre los géneros sigue siendo uno de esos objetivos. En el caso de la mortalidad materna, sin embargo, el objetivo establecido en el ODM5 tiene un alcance mucho más limitado, ya que está asociado solo con la medida de la capacidad que tienen los servicios primarios de salud para atender partos, y no con el compromiso de generar los servicios integrales de salud sexual y reproductiva (incluyendo el aborto), que las mujeres necesitan durante todos los años en que no están embarazadas.

En este contexto, resulta oportuno proponer un análisis político y una constante revisión de las estrategias, no solo porque el contexto está cambiando y existe el riesgo de que se ignoren las problemáticas de género– sino también por las decisiones macroeconómicas y financieras neoliberales y de los nuevos cambios en las relaciones entre el conservadurismo y el desarrollo de las corporaciones. En síntesis, las victorias logradas mediante alianzas progresistas entre el Sur y el Norte, y puestas

* El Women's Watch es una puerta de entrada de la ONU a la información global sobre temas relacionados con la mujer y los progresos en el camino a la igualdad, armado en 1999 por grupos globales de trabajo online para recopilar información sobre la implementación de los 12 temas críticos de la Plataforma de Acción de Beijing. Los miembros de los grupos de trabajo representaban a más de 120 países e incluían ONG, representantes de los gobiernos y organizaciones intergubernamentales e investigadores. Este esfuerzo buscaba reunir las lecciones aprendidas, evaluar los avances logrados, identificar los obstáculos que se mantenían y compartir las buenas prácticas con relación a los 12 temas críticos.[7]

de manifiesto en las conferencias de El Cairo y Beijing también están siendo erosionadas por nuevas formas de liderazgo conservador. Tal como Barton argumenta sobre lo que sucedió en Beijing:

"Los grupos de moral conservadora, incluyendo al Vaticano y un pequeño grupo de naciones del Sur, que se oponen a una agenda que favorezca los derechos de la mujer, han intentado sistemáticamente aparecer como adalides del Sur. Esto ha creado una aguda división en las negociaciones de la ONU, entre las naciones del Norte que sostienen una limitada definición de los "derechos de la mujer" a la vez que refuerzan la estranguladora presión neoliberal sobre el Sur, y algunas naciones del Sur que socavan esos "derechos de la mujer" mientras lideran la batalla contra el control económico del Norte." [4]

Barton se refería específicamente al modo en que la administración de Bush lidiaba con los derechos de la mujer, y aunque se ha abierto un escenario distinto con la administración de Obama, la influencia de las coaliciones conservadoras persiste. Por lo tanto, aún se necesita examinar continuamente la reconfiguración de las alianzas entre las fuerzas involucradas y la naturaleza de la reacción, en la cual la oposición religiosa y el fundamentalismo requieren particular atención. Según Antrobus, cuatro tendencias han cambiado el contexto para la organización de las mujeres en los últimos 12 años: la expansión del neoconservadurismo político, la expansión del fundamentalismo religioso, la "guerra contra el terrorismo" de Bush y -del lado positivo- el nacimiento de un movimiento social transnacional contra la expansión de la globalización neoliberal.[10]

El creciente número de espacios donde se está llevando a cabo la transnacionalización del activismo feminista ha sido reconocido como un importante punto de resistencia. En estos espacios, se discute la necesidad de comprender conceptualmente la subordinación de género, y las distintas formas que adopta, así como la multiplicación de los espacios de lucha. El trabajo incluye la construcción del movimiento, debate y reflexión. Algunos ejemplos se encuentran en los Diálogos Feministas, las conferencias de la Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (AWID), y el Equipo Feminista de Tareas del Llamado Mundial a la Acción contra la Pobreza, y Cuenta Regresiva para 2015.[*] Estos esfuerzos por establecer redes buscan explorar y monitorear el diseño de políticas, preservar los logros y contrarrestar los contragolpes cuando suceden. Tras 15 años de compromiso feminista para construir la capacidad de influir en las decisiones y de participar al unísono con los gobiernos y agencias internacionales, las feministas reconocen cada vez más que:

"[su] compromiso con los movimientos sociales y campañas globales 'más grandes' brinda a las feministas oportunidades únicas para negociar y reformular los contratos sociales en torno a unidades políticas y nuevas formas de política democrática masiva." [10]

---

* "Building Solidarities: Feminist Dialogues"[Construyendo Solidaridades: Diálogos Feministas], creado en 2003, sirvió como espacio para el análisis feminista y para construir el movimiento con anterioridad al Cuarto Foro Social Mundial de Bombay, India (<www.isisinternational.org/ index.php?option=com_content&task=view&id=283&t Itemid=167&tdate=2007-11-01>). El Llamado Mundial a la Acción contra la Pobreza es una campaña de los ciudadanos del mundo en apoyo a la lucha contra la pobreza como prioridad de los ODM (<www.whiteband.org>). Si bien redes de mujeres como DAWN tenía dudas para participar en esta campaña, debido a sus contradicciones y al enorme despliegue de sus relaciones públicas, acordaron no excluirse de una iniciativa mundial que incluía a movimientos de pueblos pobres y que estaba orientado a crear las más amplias alianzas posibles contra la pobreza. Por consiguiente formaron un grupo feminista de trabajo en su interior, desde el cual operan. [10] AWID (Association for Women's Rights in Development) es un grupo feminista canadiense que ha venido organizando conferencias mundiales durante los últimos 12 años para analizar el tema del desarrollo desde una perspectiva feminista transnacional y dentro de un marco de derechos (<www.awid.org>). La Iniciativa Cuenta Regresiva al 2015, donde interviene una mezcla de agencias de la ONU e intergubernamentales, donantes, grandes ONG, y universidades sigue la trayectoria de los niveles de cobertura en intervenciones de salud que demuestren que reducen la mortalidad de madres, neonatos y niños. Para cumplir con su cometido exhorta a los gobiernos y los socios para el desarrollo a rendir cuentas, identifica los conocimientos que hacen falta y propone nuevas acciones. En general la Iniciativa Cuenta Regresiva se puede describir como un esfuerzo de colaboración supra-institucional (<www.countdown2015mnch.org>).[11]

Como parte de estas tareas, las feministas han ampliado su comprensión conceptual de las conexiones que existen entre los derechos sexuales y la violencia, la guerra y la reforma legislativa. Al mismo tiempo, han enfrentado tensiones que emanan del esfuerzo de construir una nueva agenda respetando la diversidad, las distintas subjetividades y las variadas prioridades políticas. [4] Por ejemplo, para superar la brecha entre la justicia de género y la justicia económica fue preciso un diálogo que tiene que traducirse en estrategias y acciones.

Dada la escasez de los recursos, los movimientos de feministas, activistas de derechos humanos, y aquellos que trabajan la problemática de la sexualidad y el VIH/SIDA planean estratégicamente cómo avanzar hacia las metas y objetivos, en un contexto en el que se enfrentan con recortes de presupuesto, el conservadurismo, y el debilitamiento de lo que fuera una fuerte coalición Norte-Sur, construida durante las conferencias de El Cairo y Beijing en los años noventa. Sin embargo, no hay duda de que estas agendas continúan siendo relevantes tal como lo muestran los altos costos que produce la falta de salud sexual y reproductiva.

A fin de ponderar los esfuerzos anteriormente descritos, es importante recordar que aunque el Programa de Acción de la CIPD fue el resultado de una frágil negociación entre grupos de mujeres con distintos tipos de miembros, gobiernos e instituciones internacionales, [12] la relevancia de la Plataforma de Acción de Beijing para la salud y los derechos sexuales y reproductivos se mantiene. En efecto, los temas que dominan la agenda no han cambiado dramáticamente, pero se han expandido, y algunos grupos feministas y de derechos humanos han luchado porque se incluyan en la agenda las consecuencias de la violencia contra las mujeres a nivel mundial; el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos; la atención a las desigualdades de género en contextos de pobreza y las estructuras que generan la desigualdad. Sin embargo, las dificultades que deben enfrentar las feministas no se limitan a la re-expansión del nuevo y limitado enfoque de desarrollo sino que incluyen las presiones que la globalización y el conservadurismo imponen a la ya exigente agenda en pro de los derechos sexuales y reproductivos, para hacerle lugar a la inclusión de temas relacionados con la violencia y el medio ambiente.

En este contexto, para que las feministas intenten repolitizar la agenda de salud sexual y reproductiva, su prioridad tendrá que ser una amplia discusión sobre cómo construir una agenda para el desarrollo centrada en las personas, y además deben buscar mecanismos y estrategias para reconstruir la gobernabilidad desde una perspectiva feminista. Esta tarea requiere un compromiso continuo para revelar la ideología que sustenta la actual agenda de desarrollo, y su estrecha visión de la democracia. Un ejercicio al cual le están dedicando energías distintos grupos feministas es la tarea de cuestionar tanto los regímenes de comercio y finanzas vigentes en el mundo, como la gobernabilidad política global actual.. Entre los desafíos pendiente se encuentra la necesidad de deconstruir, por así decirlo, los discursos tecnocráticos.

Conclusiones

Por todos los motivos expuestos anteriormente, las feministas necesitan, ahora más que nunca:

- Identificar y re-identificar a quienes detentan el poder y los discursos que emplean para justificarlo, así como las conexiones, separaciones, transformaciones y fisuras que prevalecen entre ellos.
- Analizar cómo han logrado reconfigurar el escenario internacional, y en algunos casos, descarrilar el progreso implantando nuevas (o viejas) ideas.

Una vez que hayan comprendido esto, las feministas tendrán las pruebas que demuestren que la concentración mundial de la riqueza entre los poderosos genera aumentos en los niveles de pobreza, destrucción ecológica, la expansión de la violencia y conflictos armados, inestabilidad política y corrupción. Y podrán también demostrar que el fracaso de las políticas de "ajuste estructural" se deben a la falta de intervención del Estado en la administración de las políticas económicas neoliberales. Esto a su vez abre una puerta por la que las feministas podrían invitar a miembros de la comunidad de donantes, que no estén de acuerdo con estas políticas, a que reconsideren

el camino que han estado apoyando durante los últimos 12 años.

Es por estos motivos que las críticas feministas sobre el poder y el empoderamiento necesitan ser revisadas en relación con los eventos contemporáneos. En el pasado, los discursos y acciones feministas fueron pioneros en ampliar la noción de poder para que incluya las diferencias sexuales y de género, y la falsa dicotomía entre las esferas públicas y privadas en temas relacionados con el género, la sexualidad y la reproducción. [13] La novedad de las reflexiones actuales se basa en la necesidad de preguntarnos a nosotras mismas, una y otra vez, desde una nueva perspectiva:

- ¿Cuán efectivas han sido las feministas en armar, influir y transformar las agendas en los niveles de concepción, diseño de acciones, seguimiento y de otras maneras?
- ¿Qué lecciones podemos aprender de los éxitos de los años noventa?
- ¿Cómo se explica la dificultad actual para preservar poderes de negociación similares?

Seguramente, algunas de las respuestas señalarán la interconexión de nuestra agenda con la agenda de otros, por ejemplo: las dinámicas macroeconómicas e internacionales descritas anteriormente; pero no hay que olvidar tampoco los cambios que tienen lugar en el orden internacional y nacional. Segundo, necesitamos encontrar la forma de ser nuevamente efectivas en múltiples frentes. En ambos casos necesitamos mantener los esfuerzos feministas para considerar la naturaleza transversal de la problemática de género:

"Comenzar desde el cuerpo se ha vuelto una herramienta para comprometerse, desde adentro o desde afuera, con las múltiples luchas políticas, democráticas y culturales que no solo están librando las mujeres sino también otros movimientos sociales." [14]

Tercero, debemos reconocer que los avances de las corporaciones han sido aceptados por algunas feministas que, en su contexto local, se benefician de las ganancias que se derivan de tener contactos cercanos con el *status quo*. En otras palabras, aunque las feministas hayan realizado diversas acciones transnacionales, abriendo nuevos espacios dentro de democracias constituidas, o participado en el proceso de construir democracias, no podemos idealizar tales dinámicas. Más bien debemos mantener una mirada crítica en este proceso:

"*El campo SDSR [de la salud y los derechos sexuales y reproductivos], como cualquier otro contexto internacional de la salud, incorpora tensiones creativas y contradicciones que están delicadamente equilibradas en algunos lugares y fracturadas en otros. Inicialmente, una coalición de activistas, implementadores, investigadores y donantes forjó un camino político para establecer un campo a través de las conferencias de la ONU y otras formas de movilización internacional. Hoy en día, somos un grupo grande y dispar, con distintas bases de financiamiento y trayectorias de clase. La motivación de las organizaciones implicadas son agendas que van desde los derechos humanos de las mujeres y el cambio social hasta modelos empresariales y de negocios para la distribución de insumos y la prestación de servicios.*" [15]

Finalmente, a medida que se incluyan voces intergeneracionales e interregionales surgirán respuestas holísticas. Uno de estos ejemplos es la inclusión de las opiniones chinas sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos en un momento en que estas discusiones recién empiezan a darse en contextos académicos y no son aún parte del debate público en los países asiáticos.[16] Parece importante hablar sobre los puntos de vista de los chinos ya que en el contexto internacional comienzan a figurar prominentemente voces asiáticas y es importante tomar en cuenta que más allá de que la China sea reconocida como un país líder económicamente, con una vasta influencia en el mundo, hay grupos civiles y académicos que están articulando una creciente mirada crítica y transformadora sobre las normas sexuales dominantes y expresando públicamente estas preocupaciones en los estrechos espacios que les brinda su Estado.

En resumen, necesitamos invertir en un análisis político continuo que nos pueda ayudar a entender mejor dónde podemos tener influencia y dónde no podemos. Nuestras distintas experiencias y distintos análisis deben compartirse en espacios virtuales a través de los países y regiones, para contribuir a la construcción de

estrategias que hagan progresar la salud y los derechos sexuales y reproductivos, tal como lo concibieron las feministas, dentro de un marco de derechos y justicia social.

Sin subestimar las tensiones, todavía es posible imaginar que los movimientos con pocos recursos en tiempos de profundas transformaciones culturales y sociales, podrán influir en agendas progresistas y lograr que avancen. Ojalá podamos abrir las puertas para que hayan cambios renovados y expansivos mientras aprendemos a hacer más con menos, identificando cómo cambiar las velocidades del poder una vez más, a favor del cambio tan profundamente arraigado que habíamos imaginado tan integral y cuidadosamente.

Referencias

1. Austveg B. Perpetuating power. In: Repoliticizing Sexual and Reproductive Health and Rights: Report of a global meeting, Langkawi, Malaysia, 3–6 August 2010. Reproductive Health Matters and ARROW. p.42–43.
2. Kabeer N. The Beijing Platform for Action and the Millennium Development Goals: different processes, different outcomes. In: UN Division for the Advancement of Women, Expert Group Meeting: Proceedings, achievements, gaps and challenges in linking the implementation of the Beijing Platform for Action and the Millennium Declaration and Millennium Development Goals. Baku, Azerbaijan, 7 February 2005.
3. Petchesky R. Global Prescriptions. Gendering Health and Human Rights. London: Zed Press; 2003.
4. Barton C. Integrating feminist agendas: gender justice and economic justice. Development 2005;48(4):75–84.
5. Bendana A. "Good governance" and the MDGs: contradictory or complementary? Monograph. Oslo: Internasjonale utviklingsspørsmål. 1 November 2004. At: <www.rorg.no/Artikler/740.html>. Accessed 9 July 2010.
6. Kindervatter S. A question of ownership. Seeking accountability on women's human rights: women debate the UN Millennium Goals. Women's International Coalition for Economic Justice. 2004. p.23.
7. United Nations. Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-First Century. Commission on the Status of Women acting as the Preparatory Committee for the Special Session of the General Assembly. Third Session. New York; 3–17 March 2000.
8. Correâ S, Germain A, Petchesky RP. Thinking beyond ICPD+10: where should our movement be going? Reproductive Health Matters 2005;13(25):109–19.
9. Germaine A, Kidwell J. The unfinished agenda for reproductive health: priorities for the next 10 years. International Family Planning Perspectives 2005;31(2):90–93.
10. Antrobus P, Francisco G, Eccher C, et al. Women's movements negotiating social contracts in transnational inter-movement spaces. International seminar: Comparative Studies on Family Democratization and Sociopolitics: an integral approach to the private and the public sphere. January 2007.
11. Maternal health: the countdown to 2015 (Part 1 of 5). Voice of America. 14 July 2008. At: <www.voanews.com/english/news/a-13-2008-07-14-voa22-66668827.html?moddate=2008-07-14>. Accessed 15 July 2011.
12. Berer M. La "negociación" de El Cairo sobre aborto y su efecto en los esfuerzos por tornar al aborto en un procedimiento seguro y legal. Gaceta Médica Mexicana 2006;142(Suppl.2): 77–84.
13. Eisenstein H. Contemporary Feminist Thought. New York: GK Hall; 1983.
14. Vargas V. Las nuevas dinámicas feministas en el nuevo milenio. Monograph. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. 2007. At: <www.flora.org.pe/pdfs/gina_nuevasdinamicas.pdf>. Accessed 9 July 2011.
15. Berer M, Shameem S, Allotey PA. Are recent international conferences advancing sexual and reproductive health and rights? In: Repoliticizing Sexual and Reproductive Health and Rights: Report of a global meeting, Langkawi, Malaysia, 3–6 August 2010. Reproductive Health Matters and ARROW. p.60–62.
16. Huang Y, Suiming P, Tao P, et al. Teaching sexualities at Chinese universities: context, experience, and challenges. International Journal of Sexual Health 2009;21(4):282–95.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2011 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2011;19(38):56-68
0968-8080/11 $ – see front matter
DOI: 10.1016/S0968-8080(11)38577-1

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

La salud y los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la educación en salud pública

Pascale A Allotey,[a] Simone Diniz,[b] Jocelyn DeJong,[c] Thérèse Delvaux[d] Sofia Gruskin,[e] Sharon Fonn[f]

a Catedrática de Salud Pública y Directora Adjunta, Salud Global de Monash, Salud Pública Global, Facultad de Medicina y Ciencias Médicas de Jeffrey Cheah, Universidad Sunway de Monash, Campus Kuala Lumpur, Malasia E-mail: pascale.allotey@monash.edu

b Profesora Asociada, Departamento de Salud Maternoinfantil, Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil.

c Profesora Asociada, Departamento de Epidemiología y Salud Poblacional, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Norteamericana de Beirut, Beirut, Líbano

d Investigadora y Catedrática, VIH/ITS Epidemiología y Unidad de Control, Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica.

e Catedrática y Directora, Programa de Salud Global y Derechos Humanos, Instituto de Salud Global, Universidad de California del Sur, Los Ángeles CA, EEUU

f Catedrática y Directora de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica

Resumen: *En este artículo se destacan los retos implicados en incorporar en la educación en salud pública la enseñanza sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que incluye no solo aspectos biomédicos sino también un entendimiento de su historia, valores y política, arraigados en la política de género y justicia social, abordando la sexualidad y planteado en el contexto más general de los sistemas de salud y la salud global. Empleando el enfoque de estudio de casos con una muestra de facultades de salud pública seleccionadas de manera oportuna en nuestro contexto regional, examinamos el estado de la enseñanza sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como algunos de los impulsores y obstáculos a la elaboración y entrega de currículos sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Pese a los diversos contextos nacionales e institucionales, existen muchas similitudes. La enseñanza sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos no está totalmente integrada en el currículo básico.*

Las iniciativas actuales dependen del interés personal del cuerpo docente o decursos a corto plazo, ninguno de ellos realmente sostenible o duplicable. Hacemos un llamado a una integración multidisciplinaria y más integral de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la educación sobre salud pública. La formación de los líderes del mañana en salud pública es de importancia fundamental. Se necesita una estrategia para asegurar que entiendan y estén preparados para tratar una variedad de asuntos de salud y derechos sexuales y reproductivos, en sus contextos históricos y políticos. © 2013 edición en español, 2011 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: salud y derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, educación pública en salud, justicia social, salud global

Los profesionales de la salud interesados en la investigación y práctica de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, pueden recibir capacitación formal postuniversitaria en varias instituciones de educación superior - mayormente en facultades o escuelas de salud pública. Estas, a su vez, suelen encontrarse dentro de facultades de medicina

que tienden a brindar una educación centrada en técnicas y habilidades.[1] La salud sexual y reproductiva, más que otras áreas temáticas que se enseñan en esas facultades, suele generar fuertes opiniones basadas en valores sociales, ideología, religión y moralidad. [2,3] La medida en la que la gente puede disfrutar de su salud sexual y reproductiva está invariablemente ligada a temas relacionados con desventajas, inequidades y derechos humanos.[4]

Dada su naturaleza altamente política, la educación en salud sexual y reproductiva puede encajar incómodamente en las facultades de salud pública que se concentran en gran medida en la adquisición de habilidades técnicas. En este artículo, exploramos la intersección entre la salud pública "apolítica" y la educación sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos Examinaremos el estatus de la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos y algunos de los elementos que los impulsan, así como los obstáculos existentes para el desarrollo y aplicación de currículos o planes de estudio que integren una comprensión de la historia, valores y políticas de esta área, y el reconocimiento del rol que desempeñan la promoción y el activismo para lograr la justicia social y el cambio. Para este fin analizaremos estudios de caso de facultades de salud pública, elegidos con criterios prácticos y oportunos.

Antecedentes

La historia de la salud pública emana de múltiples perspectivas ideológicas y disciplinarias, que la enriquecen y matizan profundamente, pero que también dificultan su definición en términos disciplinarios.[5] Las historias desde una perspectiva religiosa detallan el desarrollo de la salud pública en una etapa de colonialismo y se concentran en eventos que promueven la salud a través de la purificación del cuerpo y el alma, a fin de protegerse de la profanación espiritual. Las tradiciones hipocráticas sirven de base para el desarrollo de determinantes ambientales de enfermedad, mediante teorías sobre los efectos nocivos del "mal aire", el clima, las alineaciones planetarias, etc. La medicina social en la historia de la salud pública explora el impacto que ocasionan las desigualdades y las clases sociales en la salud. Los historiadores políticos establecen el rol desempeñado por las biopolíticas en la propagación de enfermedades a través de la opresión económica, militar y política. Las historias administrativas de la salud pública se concentran en el desarrollo de reglamentaciones, reformas y tecnologías.[5] Esta lista no es de ninguna manera exhaustiva y no toma en cuenta las historias interculturales de salud pública desarrolladas desde filosofías no-occidentales y tradiciones disciplinarias.

Aunque existen distintos niveles de énfasis en las diversas perspectivas históricas, hoy en día parece haber tres temas prominentes en la capacitación para la salud pública:

- La salud pública como higiene
- La salud pública como administración
- La salud pública como paladín político de la justicia social.

La salud pública como higiene brinda una base para el desarrollo de la salud pública "científica" en tanto disciplina, y capacita a líderes para que avancen en los campos de inmunología, parasitología, epidemiología, y control de enfermedades con escasas expectativas de que esta educación logre satisfacer las necesidades de los servicios públicos de salud del Estado.[6,7] Este modelo de educación en salud pública fue ampliamente difundido en los Estados Unidos, y normalmente se encuentra en las facultades de medicina o está aliado con ellas.[6,8] El desarrollo de escuelas públicas de salud en el Reino Unido y partes de Europa Occidental, por otra parte, dio énfasis a las prácticas de salud pública y a su administración, fuertemente informada por los avances en las reglamentaciones de saneamiento, seguridad alimentaria, cuarentena, vacunación y control de enfermedades a nivel comunitario.[5,6]

La salud pública como campo de promoción y abogacía política tiene sus raíces en la justicia social y emana de las tradiciones europeas de defensores tales como Virchow, [9] pero no es una tradición que históricamente haya moldeado la educación pública en salud. Virchow reunió los campos de patología y antropología, reconociendo la futilidad del cuidado médico si no se hacía nada por mejorar la condición humana y realizó activamente acciones políticas con el fin de reformar las condiciones

sociales de la clase trabajadora. Promovió la medicina como una ciencia social, desafiando a los doctores a que asumieran su rol natural de defensores de los pobres, incluso en situaciones que involucraran desacuerdo político.[9]

La salud pública como disciplina siguió evolucionando a lo largo del siglo pasado, acercando cada vez más estas tres tendencias. La medicina, sin embargo, ha seguido siendo el paradigma predominante. Esto significa, esencialmente, que las enfermedades contagiosas y no contagiosas siguen sentando la base sobre la cual se enseña la prevención y el control en las materias principales tales como la epidemiología. La influencia de estas amplias áreas temáticas (higiene, administración y justicia social) en lo que constituye salud pública y por lo tanto también en la educación en salud pública, varía significativamente en los distintos países.[10] Si bien cada una desempeña un rol, normalmente el paradigma dominante es evidente. En muchos países de Asia, África y el Medio Oriente, por ejemplo, la salud pública generalmente es considerada como una especialización de la medicina que se concentra en la vigilancia y control de las enfermedades. Estos países a menudo capacitan una mano de obra de mando medio o de nivel elemental para que trabajen en salud ambiental, y sus responsabilidades incluyen llevar a cabo inspecciones alimentarias, saneamiento y educación en salud. Este era el caso de países como el Reino Unido hasta la década pasada. En 2003 se reconoció a los profesionales de la salud no-calificados médicamente y que habían recibido capacitación en salud pública, al establecerse un registro voluntario para asegurar que los médicos estén sujetos a una reglamentación apropiada.[11]

La administración de la salud pública también sigue siendo un importante producto derivado de la historia de la salud pública, aunque en la actualidad esté concentrada mayormente en áreas como financiamiento, políticas de salud y sistemas de salud.[12]

Las actividades de instituciones globales relacionadas con la salud pública, tales como el Banco Mundial, por ejemplo, están fuertemente influenciadas por la historia administrativa de la salud pública. Similarmente, perduran manifestaciones de activismo político como el de Virchow, a cargo de médicos dedicados a la salud pública y especialistas que a menudo desempeñan el rol de defensores a favor de varias necesidades de salud a nivel poblacional. Últimamente, los defensores de la salud pública han intentado generar lazos más fuertes con aquellas disciplinas que parecen tener orientaciones más eficientes (económicas), con aquellas impulsadas por la competencia (habilidades), y con los enfoques preocupados por la justicia social, la equidad y los derechos humanos.[13]

Es fundamental que por lo menos se reconozcan y exploren estas tensiones como parte de la capacitación formal en salud pública. Una comisión reciente investigó el estatus de la formación de profesionales de la salud y evidenció que en general en el currículo faltan oportunidades que permitan a los estudiantes comprometerse con problemas complejos y de la vida real, lo que los deja mal equipados para manejar desafíos contemporáneos.[1] Este es el amplio contexto dentro del cual exploramos la estructura y contenido de la educación en salud sexual y reproductiva en las facultades de salud pública. Nuestro interés fue impulsado por la necesidad de comprender los antecedentes históricos y paradigmáticos de los actuales programas de enseñanza en salud pública; a fin de explorar cómo y por qué se hacen ciertas elecciones con respecto al currículo que se ofrece como parte de la educación en salud y derechos sexuales y reproductivos y en qué medida estas elecciones tienen en cuenta las necesidades, exigencias, políticas y prioridades involucradas en estas y cómo responden a ellas.

Métodos

Se utilizó un diseño de estudio de casos para explorar los programas de salud y derechos sexuales y reproductivos, el cual se concentró, específicamente en instituciones terciarias que ofrecen capacitación en salud pública, en nuestros contextos regionales. Estediseño es el más apropiado para lograr análisis exhaustivos que busquen examinar y explicar asuntos complejos que se dan en contextos de la vida real.[14] El diseño para este estudio se basa en el análisis de múltiples fuentes de datos, incluyendo material didáctico del currículo e información recolectada durante la observación

participante llevada a cabo por las autoras.[14] Las autoras son académicas de larga trayectoria en salud pública, todas cuentan con experiencia en salud y derechos sexuales y reproductivos, desde perspectivas disciplinarias que incluyen la salud clínica de la mujer, género y salud, salud y derechos humanos, epidemiología, y antropología médica. Todas hemos desarrollado o dictado módulos y cursos dentro del área.

La elección de las instituciones y regiones fue más bien de orden práctico, y escogimos los países y regiones en donde se especializan las autoras o donde han ejercido: Bélgica, Brasil, Egipto, Líbano, Malasia, Sudáfrica, Sudán, Reino Unido y Estados Unidos. Para mantener la consistencia con la metodología de estudios de caso, las instituciones y los análisis no intentan ser representativos de los países en los que se sitúan ni de las facultades de salud pública. El documento tampoco quiere ser un medio de promoción de las instituciones y sus programas; por este motivo evitamos nombrar instituciones específicas. El diseño de estudio de casos nos da la oportunidad de concentrarnos en los procesos explicativos y las instituciones brindan el marco donde exploraremos los asuntos relacionados con el contexto y los procesos en el desarrollo y dictado de la educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en el contexto de la educación pública en salud, ofreciendo una perspectiva crítica de las diferencias y similitudes entre ellos. Una exploración más profunda de estos temas requeriría una investigación más holística y representativa.

Para este estudio definiremos la educación en salud sexual y reproductiva como una educación que incluye no solo los aspectos biomédicos de la salud sexual y reproductiva sino también programas que brindan algo de contexto histórico y político sobre el movimiento por la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que tienen sus raíces en las políticas de género y justicia social y trabajan con temas tales como la sexualidad y la violencia sexual, y que enmarcan la salud sexual y reproductiva dentro de un contexto más amplio en el sistema de salud, la salud global y la reforma del sector salud. Reconocemos que existen numerosos líderes en este campo que no han recibido capacitación en educación pública como tal, sin embargo, nuestro punto de partida es que los currículos de estudios para la educación en salud pública están produciendo nuevas generaciones de médicos y que se está perdiendo la oportunidad de ponerlos en contacto con currículos adecuados sobre salud y derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, aun si sus pasiones inmediatas están cifradas en otros campos.

Utilizamos el método de muestreo teórico para analizar nuestros hallazgos.[15] Aquí se presenta un resumen de las similitudes que comparten las instituciones estudiadas, seguido de información específica pertinente a algunas de ellas y un análisis del contexto global, nacional e institucional de la educación sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos (SDSR). Utilizamos ejemplos detallados de varias instituciones cuando nos pareció relevante para ilustrar puntos clave.

Similitudes entre las instituciones estudiadas

Todas las instituciones de salud pública estudiadas brindaban educación en SDSR como cursos o módulos optativos dentro de su capacitación de postgrado en salud pública. Todos estos programas de salud pública brindan un conjunto similar de competencias básicas, tal como lo estipulan los organismos nacionales o profesionales de salud pública. Las materias centrales incluyen: epidemiología (a veces descrita como medición de la salud); bioestadística; ciencias sociales y del comportamiento; gestión, administración y políticas de salud y diseño de investigaciones y métodos. La mayoría de los programas también abarcan la salud ambiental. Sin embargo, las instituciones estudiadas encaran la enseñanza de distintas maneras, algunas lo hacen integrando disciplinas, otras se valen del aprendizaje basado en problemas y otras utilizan un enfoque más disciplinario.

La institución estudiada en Bélgica es un instituto independiente dedicado a la capacitación, investigación y asistencia en medicina tropical y atención médica en países en vías de desarrollo. La capacitación incluía programas de doctorado y maestría, cursos de postgrado y cursos breves de especialización. Hasta fines

de los noventa, existía una Maestría en Salud Pública (MSP) en Sistemas de Salud, orientada y coordinada por un equipo mayormente compuesto de médicos, dirigido a profesionales de la salud que trabajan como gestores de distrito o elaboran políticas en países de renta baja o media. La salud y los derechos sexuales y reproductivos empezaron a ser encarados como un módulo de curso en 1998, junto a la creación de una Maestría en Ciencias y Control de Enfermedades, destinada a profesionales de la salud involucrados con el control de enfermedades o programas de salud reproductiva en países de renta baja y media. El tercer trimestre de este curso brinda dos opciones: enfermedades tropicales o salud reproductiva. La opción de salud reproductiva aborda cuestiones programáticas en el campo del VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar y aborto sin riesgos, salud de la madre y del recién nacido, y servicios integrales de salud sexual y reproductiva en países de renta baja y media, y también se ofrece como un curso certificado de 10 semanas de duración sobre planeamiento y administración de programas de salud reproductiva. Si bien se abordan los aspectos médicos, técnicos y políticos, incluyendo temas controvertidos o delicados tales como el aborto inseguro, temas como la sexualidad, la salud y derechos sexuales reciben menos atención - mayormente a causa del número limitado de científicos sociales que hay en la institución y en los equipos de coordinación de cursos. Adicionalmente, entre quienes enseñan salud pública hubo, y en cierta medida sigue habiendo, una falta de conocimiento o malas interpretaciones sobre temas relacionados con el género y la sexualidad. Esto ha mejorado un poco a través de los años gracias a una fructífera colaboración con expertos de ONG y otras instituciones académicas que enseñan género y ciencias sociales. En los últimos años se han incluido más científicos sociales en el plantel docente. Sin embargo, existe un cierto peligro para la sostenibilidad del programa de SDSR ya que depende enteramente de la experiencia e interés de una facultad individual mas no de la existencia de un programa educativo integral.

La institución estudiada en los Estados Unidos tiene como misión brindar el nivel más alto de educación en las ciencias biológicas, cuantitativas y sociales a científicos de la salud pública, médicos y líderes de todo el mundo. Antes de 1996, se le dio poca o nula atención a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos. Se fundó un grupo de trabajo con docentes y estudiantes de diversos departamentos académicos para encarar la falta de una enseñanza que aborde aspectos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Durante un periodo de siete años, se iniciaron cursos, seminarios y presentaciones en los distintos departamentos, utilizando el lenguaje más políticamente correcto de "mujer, género y salud", y luego toda la plana docente aprobó la creación de una formación intensiva e interdisciplinaria sobre mujer, género y salud que incluye cursos que cubren todos los aspectos relevantes a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Los estudiantes de casi cualquier departamento académico pueden completar la formación intensiva y el título es otorgado por el departamento al cual pertenecen, con una carta que atestigua que han completado los requerimientos de la formación. Por lo tanto, existe una falta de institucionalización del programa, en particular porque depende de la naturaleza voluntaria ya que la mayor parte del trabajo es llevado adelante por los estudiantes y docentes en partes iguales.

En el Medio Oriente y el norte de África, la mayoría de los programas de salud pública se encuentran dentro de las facultades de medicina.[17] Esto se da en el contexto educativo de nivel universitario y a nivel de postgrado como una especialización en los departamentos de medicina comunitaria conducentes a títulos de Maestría o Doctorado en Medicina Comunitaria y Salud Pública. Ahí predomina el enfoque biomédico concentrado en la enfermedad. Existe un número limitado de programas independientes de posgrado en salud pública en Egipto, Territorios Palestinos Ocupados y el Líbano.[17] Estas instituciones ofrecen maestrías en la carrera de Salud Pública así como maestrías disciplinarias en las que los estudiantes preparan tesis, pero ninguno hasta la fecha tiene programas de grado que se concentren en SDSR. Se ha incorporado la enseñanza de algunos aspectos de la salud reproductiva o de género y salud en varias carreras, aunque suele ser optativa y no obligatoria.

El currículo de estudios del Reino Unido ofrece un doctorado interdisciplinario e integrado en Salud Pública. Los estudiantes deben seguir cursos que les presenten una serie de prioridades de salud global, incluyendo la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Los temas prioritarios se analizan explorando la evidencia disponible, los elementos que generan políticas, y las perspectivas comunitarias del gobierno y de la sociedad civil. Este enfoque se diseñó con el fin de facilitar el aprendizaje integral a través de las disciplinas y de brindar a los estudiantes perspectivas de la "vida real" sobre la integración de la investigación con las políticas en la práctica de la salud pública. Sin embargo, la única oportunidad de lograr una cierta prioridad con alguna profundidad, tal como la SDSR, es que el estudiante la elija como área de trabajo para el componente de tesis de investigación del programa. Es importante notar que este programa es atípico en su enfoque. La mayoría de cursos de salud pública en el Reino Unido ofrecen un programa de estudios disciplinarios más tradicional, con una larga lista de materias entre las cuales los estudiantes deben elegir. Más aún, y como se resalta en los ejemplos anteriores, el modelo fue diseñado e implementado por un pequeño equipo y su sustentabilidad a futuro no es clara a causa de su fuerte exigencia de tiempo.

La institución sudafricana ofrece una gama de cursos relacionados con la salud pública a nivel de posgrado. Se enfatiza fuertemente el entendimiento integral de los sistemas de salud, y las medidas que se pueden tomar para abordar los problemas de salud pública a nivel regional, nacional y local. El género y la salud están presentes de algún modo en el programa, por lo que los estudiantes de maestría (MPH y MSc) deberán haber tenido conocimientos, aunque sea limitados, sobre estos temas cuando completen el programa. Sin embargo hay poca concentración en los derechos sexuales y reproductivos en sí mismos. Algunos cursos de breve duración han abordado específicamente la SDSR a través de los años, pero son más optativos que obligatorios y dependen en particular de que el personal se encuentre presente y disponible para dictar los cursos.

La institución brasileña es una escuela pública de salud creada a principios del Siglo XX, independiente de la facultad de medicina. Su misión es contribuir a la mejora de la salud de la población y la formulación de políticas públicas mediante la producción y difusión de conocimientos. La escuela brinda capacitación en salud pública y nutrición a través de la investigación, educación y prestación del servicio. La materia principal en todas las áreas de especialización es la introducción a la salud pública. Los estudiantes pueden luego especializarse en epidemiología, servicios de salud, salud ambiental, nutrición o salud y ciclos de vida (donde se introducen la SDSR).

La salud y los derechos sexuales y reproductivos se dictan como una materia optativa. La institución gradúa cerca de 100 estudiantes por año. Muchos estudiantes estaban ya ligados al trabajo en salud pública antes de comenzar la carrera, ya que el sistema de salud brasileño es generalmente el mayor empleador de la mano de obra de salud. Un nuevo programa universitario en salud pública será lanzado en el año 2011, y recibirá a estudiantes que hayan concluido sus estudios secundarios. Este es un nuevo enfoque de capacitación en salud pública en Brasil, y el programa incluirá género y salud como un área principal y brindará SDSR como materia optativa.

En suma, todos los programas de salud pública estudiados ofrecen una variedad de cursos de salud sexual y reproductiva. Algunas instituciones brindan la opción de tomar estos cursos dentro de otros departamentos académicos tales como ciencias sociales o estudios sobre desarrollo. En todas las instituciones estudiadas, casi sin excepción, donde existen cursos de salud sexual y reproductiva dentro de los programas de salud pública, éstos están sujetos al interés e iniciativa de miembros individuales de la facultad. La salud sexual y reproductiva, género y salud, salud de la mujer y materias relacionadas se ofrecen normalmente como optativas y no como parte de las materias principales que se brindan a los estudiantes de posgrado en salud pública. Los cursos sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos a menudo están asociados con docentes que tienen un rol activo en el tema o colaboran con grupos relacionados con su defensa. Sin excepción, los temas de SDSR no son incorporados a la agenda básica de la capacitación en salud pública.

El contexto de la educación sobre SDSR

Un análisis comparativo a través de los distintos programas sugiere que los motivos para una falta de institucionalización de los temas de salud sexual y reproductiva dentro de la educación pública son complejos y sistémicos y se ubican en estas tres categorías amplias e interconectadas: el contexto de salud global de la salud pública y de la educación en SDSR; el contexto nacional preponderante donde se encuentran las instituciones; y las culturas específicas de estas instituciones. El contexto global influye en las prioridades nacionales, y tanto las fuerzas globales como las nacionales, tales como el acceso al financiamiento o las leyes nacionales u otras, influyen en cómo y qué se incluye (o no) como salud sexual y reproductiva en el plan de estudios. Sin embargo, para lograr claridad en esta presentación discutiremos estas categorías en serie y brindaremos ejemplos dentro de cada una.

Influencia del contexto global

No se puede sobreestimar la influencia del contexto mundial de salud. Sin embargo, no existe una sola agenda de salud mundial; es más un campo de batalla donde coexisten tendencias contradictorias. Por un lado se promueve el renacimiento de Alma Ata, [18] la cobertura universal [19] y la inversión en los sistemas de salud [20]. Por otro lado, los programas verticales que abordan enfermedades particulares solo con soluciones tecnológicas tales como vacunas o tratamientos reciben financiación a niveles cada vez más altos. Estos programas grandes y financiados dominan el discurso y a menudo perjudican los esfuerzos para mejorar el funcionamiento del sistema de salud.[21] En este contexto, es de esperarse que se concentren en el VIH o en la salud materna en vez de hacerlo en la salud reproductiva, o en género y salud, o en sistemas de salud y salud reproductiva. También es probable que se concentren en soluciones técnicas, por lo que los determinantes sociales de estos problemas de salud, o un enfoque más basado en los derechos, difícilmente podrán ser también un eje central.

Por lo tanto, el contexto global influye sobre el tipo de cursos y la concentración de la capacitación que se ofrece. También influye en las elecciones de los estudiantes. Los estudiantes, particularmente a nivel de postgrado, efectúan elecciones con el fin de optimizar sus oportunidades de carrera, y el financiamiento cada vez más limitado de la SDSR se toma como una señal de la falta de relevancia de este campo. En Bélgica, los estudiantes expresaron su preocupación de que el tiempo que pasaban en la clase sobre salud y derechos sexuales y reproductivos pudiera no serles útil para la trayectoria de su carrera en el futuro, dada la decreciente financiación de esta área por lo que suponían que tendrían menos oportunidades laborales. En Estados Unidos, los estudiantes se han alejado de lo que consideran un programa de estudios "políticamente correcto" que no les garantiza obtener buenos trabajos. Similarmente, en la región del Medio Oriente que aún debe institucionalizar o reconocer la "fuerza laboral de salud pública", existen preocupaciones similares para aquellos interesados en el campo de la SDSR. Los sistemas de salud de la región siguen siendo muy biomédicos en su enfoque, y las instituciones de salud prefieren contratar doctores y enfermeras para que hagan el trabajo de salud pública.[17] Por lo tanto, mientras existan dudas sobre las trayectorias de carrera para todo aquel que haya sido capacitado en salud pública, con un financiamiento reducido para la salud sexual y reproductiva, los estudiantes se preocuparán más por sus perspectivas laborales en esta área.

La significativa cantidad de docentes en estas instituciones desempeña un rol importantísimo en la etapa de salud global. Por lo tanto, se puede esperar que las tendencias en salud global que parecen quitarle relevancia a la SDSR afecten el currículo y la formación intensiva en los programas de salud pública, y por ende afectará la capacitación de los futuros líderes en salud pública, quienes probablemente también minimizarán la SDSR. Este efecto ha sido descrito como la "puerta giratoria", para graficar el fenómeno por el cual un grupo selecto de actores clave influencian no solo las políticas sino también la generación y diseminación del conocimiento a través de sus roles en el gobierno, instituciones de salud globales y el mundo académico.[22]

Contexto nacional: fuerzas políticas e ideológicas

En un contexto nacional son las fuerzas políticas e ideológicas las que determinan la producción del conocimiento y su difusión. A pesar de que generalmente se enseña salud pública enfocando los temas de higiene y administración, la salud pública es política por definición. No se pueden realizar cambios en la salud de la población fuera del contexto de las políticas de Estado, la política y el poder. Sin embargo, en muchos países se restringe el nivel de contenido político que los docentes pueden presentar a los alumnos. Esto, a su vez, moldea las formas en que se puede enseñar la salud sexual y reproductiva. Al examinar las instituciones de enseñanza en el sudeste asiático, por ejemplo, se identificó a Malasia como uno de los países donde se suele limitar la libertad académica. La Ley de 1971 que norma la educación superior y universitaria del país confiere facultades plenas al Estado en materia de matrícula de alumnos, nombramiento de personal, programas educativos y financiamiento. Una enmienda de 1975 le da el sustento legal al gobierno para prohibir la participación de catedráticos y alumnos en actividades políticas de cualquier tipo o su afiliación a algún partido político o sindicato. Se desalienta además a los estudiantes y docentes de expresar públicamente sus opiniones, de influir en discursos públicos y de participar en debates nacionales.[23] Es más, la Ley de Sedición, que data de 1948, se sigue usando para controlar el discurso que haga hincapié en las desigualdades entre grupos étnicos y poblaciones marginadas, para evitar el riesgo de que provoquen hostilidad contra el gobierno o creen discordia entre grupos.[24] Con estas restricciones es muy difícil que los estudiantes se involucren en áreas que el gobierno considera delicadas. Por lo tanto la educación y la práctica de salud pública son muy tradicionales y se concentran en la vigilancia de enfermedades y la regulación gubernamental.

Por otro lado, en Brasil, los valores y actitudes en materia del derecho y la justicia social son fundamentales en las facultades de salud pública y en los cursos que se dictan. A fines de la década del 70 se inició la enseñanza sobre la salud de la mujer para lo cual fue fundamental contar con una agenda politizada. Gracias a este movimiento social por los derechos a la salud, en 1979 se creó la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO). Para ABRASCO, todas las actividades o estudios relativos a la salud, desde la epidemiología hasta las ciencias sociales, y que no se relacionan con la atención clínica individual, se consideran salud colectiva o *saúde coletiva*. Materias técnicas como epidemiología y gestión de programas de salud se enseñaron como instrumentos para criticar las desigualdades sociales y promover el cambio, y se asumía su naturaleza política.[25] El activismo tan amplio de ABRASCO ayudó a crear el Programa Asistencial Integral para la Salud de la Mujer (PAISM) en 1983, y el Sistema Único de Salud (SUS) en 1989, que a su vez creó el derecho universal a la atención de salud. ABRASCO cuenta con un Grupo de Trabajo sobre Género desde 1994, y la influencia del movimiento feminista no es sólo evidente en el sector de las ONG sino también en el mundo académico.

Antes de la CIPD en El Cairo, los temas de salud sexual y reproductiva en Brasil se incluían en cursos que trataban específicamente sobre la salud de la mujer. En los años 90 estos temas fueron integrados a la enseñanza más amplia de salud pública cuando empezaron a ofrecerse a la comunidad programas de salud y derechos sexuales y reproductivos, en el marco de una alianza entre universidades y ONG. Los programas para proveedores de salud en el caso de violencia por razón de género tuvieron un papel protagónico al introducir los problemas de desequilibrio de poder y violencia institucional, por razón de género, en el sector salud. A pesar de tanto activismo y politización la realidad es que se sigue viendo exageradamente la salud de la mujer como un problema médico y que el aborto, solo disponible en el sector privado, es ilegal y continúa siendo una causa importante de morbilidad y de mortalidad.[26]

En Brasil el apoyo del gobierno se refleja además en el hecho de que las instituciones terciarias tienen acceso al financiamiento para estudios en salud sexual y reproductiva y materias relativas a los derechos.[27] También hubo iniciativas conjuntas como la de la Secretaría Especial de Políticas para la Mujer y el Consejo Nacional de Investigaciones. Un estudio realizado sobre la enseñanza de temas sobre

género en instituciones académicas de salud [28] mostró que en 23 universidades se enseña salud y derechos sexuales y reproductivos en un marco más amplio de género y salud. En el contenido se encuentran temas de teoría de género, historia, programación de salud, mortalidad y morbilidad y varias materias como salud y derechos sexuales y reproductivos, los programas de acción de la CIPD y Beijing, anticoncepción, aborto, diversidad sexual, masculinidades, infecciones de transmisión sexual y VIH. Algunos de estos programas también incluyen salud materna; en algunos es una materia aparte, pues la salud materna tiende a ser menos explícitamente politizada aunque cada vez más se considere exageradamente como un problema médico.

Es indudable que el contexto político en Sudáfrica después del apartheid, con su énfasis en la igualdad ha influido al brindar el contexto para la capacitación en salud pública y en la educación sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las facultades de salud pública encabezaron este movimiento que puso de relieve el cambio social e incluyó una consulta nacional con la participación de miles de mujeres de todo Sudáfrica, y elaboró 13 propuestas de política sobre la salud de la mujer, las mismas que fueron analizadas y aprobadas en la primera conferencia nacional sobre políticas para la salud de la mujer, realizada en Sudáfrica en 1994. Las grandes expectativas y ambiciosos planes de las participantes se tradujeron en algunas de las políticas y leyes más habilitadoras y de mayor alcance que se hayan logrado, incluyendo aquellas sobre salud sexual y reproductiva. Las reformas de entonces consagraron los derechos de la mujer: la Constitución sudafricana de 1996 estableció el derecho al acceso a servicios de salud, incluyendo el cuidado de la salud reproductiva. La Declaración de Derechos (capítulo dos de la Constitución, Ley 108) proclamó el derecho a la "integridad corporal y psicológica, que incluye el derecho a tomar decisiones respecto a la reproducción". Otro cambio legislativo consistió en aprobar la Ley de Elección de Interrupción del Embarazo, en febrero de 1997, que mejoró el acceso a servicios abortivos para las mujeres y un descenso impresionante en la morbimortalidad relacionada con el aborto, y ha tenido enorme éxito en mejorar la salud y los derechos en general para las mujeres.[29]

MARCUS ROSE / PANOS PICTURES

Manifestación contra el aumento de la matrícula universitaria en Inglaterra, Londres, 2010

En muchas de estas iniciativas el plantel docente de las universidades de Sudáfrica en general y de las facultades de salud pública en particular, ha tenido un papel fundamental. Estas facultades han influido significativamente en la política nacional sobre salud de la mujer pero tal vez no ha ocurrido lo mismo en el desarrollo del currículo para la enseñanza sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos al interior de éstas. La proyección hacia el exterior, indispensable en ese momento, no tuvo en consideración la necesidad de desarrollar las habilidades técnicas y de promoción y defensa social necesarias en las siguientes generaciones de profesionales en salud pública. [30]

Contexto institucional: falta de integración

En el ámbito institucional, las facultades de salud pública en general le prestan una atención inconsecuente a los temas propios de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La falta de integración de estos temas en la salud pública ocasiona que el contenido de los cursos dependa en gran medida de los intereses personales de los miembros del plantel docente. Si bien esto no es necesariamente un problema, puede conducir a que existan los llamados cursos "boutique" cuyo encanto no es permanente, carecen de sostenibilidad y tienen escaso efecto en lo que se enseña en otros cursos. Un ejemplo de ello es un programa sobre salud de la mujer en una institución de Australia que ofrecía un curso sobre experiencias en maternidad sustituta pero no iba mucho más allá. Sin ánimo de desmerecer la pertinencia del tema en sí, debe señalarse que tenía una limitada aplicación para los alumnos que, sin dicho curso, no tendrían ninguna experiencia en la problemática. Más importante aún es el hecho de que se puede llegar a depender de determinadas personas para que dicten los cursos sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, sin que haya una coherencia mayor con el programa amplio de salud pública. Si esto sucede se habrá perdido una gran oportunidad para influir a largo plazo y para integrar la agenda política fundamental que la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos pueden aportar a la salud pública.

En muchas regiones subsiste el conflicto transdisciplinario entre la perspectiva biomédica en materia de salud pública y las perspectivas más orientadas a las ciencias sociales, y actúan sobre todo en el contexto de lo que se enseña y valoriza en las facultades de salud pública. Hasta la fecha, con excepción tal vez de la economía de la salud, son relativamente pocos los científicos sociales incorporados en las facultades de salud pública, como lo demuestra la experiencia colectiva de las autoras en África, Asia, Europa, América Latina y el Medio Oriente. En 2004, Wills y Woodward describieron la tensión existente en el seno de la formación en salud pública en el Reino Unido como una "rivalidad implícita entre las disciplinas biomédicas y las ciencias sociales, expresada en un conflicto entre el deseo de describir datos recopilados en forma minuciosa y el deseo de lograr cambios que lleven a la justicia social para lo cual se priorizan los métodos de involucramiento y trabajo en alianzas" (p.11). [31]

Las instituciones también funcionan en una realidad que depende de una fuente de financiamiento permanente y donde deben tomar decisiones y negociar ciertos contenidos o estructuras particulares frente a los requerimientos de un mercado comercial. Cuando es evidente que un tipo de programa en particular tiene más posibilidades de atraer alumnos y financiamiento se deben elegir opciones particulares, en respuesta a imperativos económicos. Las instituciones internacionales de educación superior privada en Malasia, por ejemplo, se centran en los cursos que prometen sueldos lucrativos a los graduados. Por consiguiente, los programas como el de salud pública tienen poco atractivo para los padres de familia no les resulta una inversión que valgan la pena y por ende no resultan rentables para las instituciones educativas. Otro ejemplo se aprecia en uno de los pocos programas interdisciplinarios de educación en salud pública que hay en el Medio Oriente, que siguió un riguroso proceso para ser homologado por el Consejo para la Educación en Salud Pública, con sede en los EEUU. La homologación fue muy beneficiosa para el programa en su conjunto, pues era un reconocimiento de que cumplía con los estándares internacionales. Sin embargo, ésta tuvo como consecuencia el énfasis mucho mayor

en la capacitación basada en competencias, lo que fue en desmedro del enfoque interdisciplinario que es vital para la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las competencias se tomaron como parámetro frente a las competencias de las facultades de salud pública de Estados Unidos, y aunque hay cierto margen de flexibilidad al interpretar dichos parámetros, actualmente no incluyen competencias relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los programas de Maestría en Salud Pública. [32]

Cursos breves: la tabla de salvación

Considerando las limitaciones antes mencionadas en todas nuestras regiones, una de las mejores opciones para continuar con la capacitación sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos es hacerlo fuera del sector educativo tradicional. Los cursos de breve duración – algunos brindados por instituciones públicas y otros por organizaciones privadas y ONG – constituyen oportunidades invalorables en muchos contextos. En países como Malasia, donde el Estado controla el currículo de las universidades públicas, la enseñanza de los temas de derechos sexuales y reproductivos está generalmente a cargo de la sociedad civil, ONG internacionales y de aquellos comprometidos con una agenda de salud mundial más amplia. Irónicamente, dichos programas pueden contar con el apoyo de varios ministerios si se dictan como cursos breves, pero no lo tendrían si se hicieran a través de instituciones públicas de educación superior.

Un curso de cuatro semanas sobre un enfoque de sistemas sobre salud y derechos reproductivos que se llevó a cabo en Sudáfrica, por ejemplo, llevó a la publicación de un currículo de capacitación de la OMS, en cuyo desarrollo participaron varias de las autoras de este estudio.[33,34] El curso tiene por objeto habilitar a las personas que ocupan cargos de responsabilidad y autoridad para que promuevan y aboguen por cambios en las políticas y procedimientos de prestación de servicios, y contribuyan a mejorar las políticas nacionales en salud reproductiva. Este currículo se ensayó en África, Asia, Australia y América Latina antes de publicarse,[35,36] y una reciente evaluación ha indicado que ha tenido un efecto internacional importante. “La iniciativa de capacitación se ha extendido mucho más allá de los cinco centros de capacitación regionales previstos inicialmente y, lo extraordinario es que se sigue expandiendo”. En 2007 se realizaron sesiones en ocho países que duraron entre una y tres semanas. Recientemente, prestigiosos centros regionales de capacitación en Burkina Faso y Sudán ofrecen anualmente el curso, lo mismo hace el Ministerio de Salud en Malasia. Con el apoyo de las oficinas regionales de la OMS se han realizado sesiones de capacitación en Afganistán, China, Kazajistán[3], Paraguay y Tayikistán, en tanto que el centro regional de capacitación situado en Yunnan, China, ha comenzado a ofrecer capacitación regional de instructores en Laos y Vietnam. Se estima que unos 1,300 participantes han sido formados en estos cursos auspiciados por la OMS desde 1997. Muchos miles más han asistido a cursos y talleres derivados directamente de este currículo, contando con varios cientos de médicos y personal de salud solamente en India.[36] Este curso constituye un ejemplo importante de un currículo global exitoso y sin embargo también es una oportunidad desperdiciada porque no se ha incluido en las facultades de salud pública.

En el Medio Oriente y el norte de África los cursos breves son la opción más accesible y asequible para quienes se interesen en estudiar los temas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Desde 1987 se dicta en Egipto un curso breve de tres semanas para participantes de países árabes. El curso se enfoca en los determinantes sociales de la salud reproductiva en la región, así como en las perspectivas de género y derechos, se critica la información existente y se da una introducción general de los principales métodos de investigación que se emplean en salud sexual y reproductiva. Las clases se dictan en inglés y están a cargo mayormente de egipcios y de algunos investigadores y activistas de la región, también se incluyen estudios de casos de programas efectivos e iniciativas de investigaciones que se desarrollan en la región. Es interesante señalar que este curso breve sobre salud reproductiva ya no cuenta con suficiente financiamiento para seguirse dictando, pero la universidad ha recibido recursos financieros de la Hewlett Foundation para brindar un curso sobre los determinantes sociales de la salud que también abordará la salud reproductiva

(Zeinab Khadr, American University de El Cairo, comunicación personal, Junio 2010). Esto demuestra de qué manera las tendencias del financiamiento pueden afectar los esfuerzos por fortalecer capacidades en el campo.

En Brasil, los cursos breves ofrecidos por una asociación entre académicos y ONG han tenido un papel importante en la integración de la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos y en producir alumnos equipados para ocuparse de esta problemática. A mediados de los 90 se introdujo el programa de investigación sobre sexualidad, género y salud en el Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), y posteriormente se creó el programa interinstitucional de capacitación en metodología de investigación sobre género, sexualidad y salud reproductiva en las facultades de Salud Comunitaria y se instituyó en varios estados. En los últimos diez años estas ideas se han integrado aún más, con lo cual los cursos de epidemiología y materias afines han incluido el análisis de género y cursos afines. [37]

En general, los cursos breves ofrecen una gran oportunidad para que los que se dedican a la salud y derechos sexuales y reproductivos obtengan experiencia y conocimientos, formen redes, analicen las perspectivas regionales y aprendan acerca de iniciativas regionales que les atañen así como de otras iniciativas. Como los cursos breves están dirigidos sobre todo a médicos, tienen el potencial de que los conocimientos y habilidades adquiridos se puedan aplicar de inmediato. Por consiguiente, es más fácil evaluar su efectividad que la efectividad de la educación impartida sobre SDSR que se dicta en instituciones de educación superior. Sin embargo, los cursos breves también son mucho menos accesibles y hay menos posibilidades de que los sigan las generaciones de estudiantes más jóvenes que se forman en las facultades de salud pública. Los ofrecidos fuera de instituciones formales tienen otra desventaja: que es difícil evaluar la calidad y exactitud del contenido del curso, incluso cuando se basa en currículos ya probados. Por consiguiente, no cabe comparar los dos modos de formación.

El modelo de cursos breves tiene otra limitación y es que no se obtienen diplomas formales o premios reconocidos y son vulnerables a los caprichos de quienes los financian. Al disminuir el financiamiento para la formación general en los temas de la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, se reduce la posibilidad de tener cursos breves sobre SDSR y su sostenibilidad a largo plazo para ofrecer la capacitación necesaria.

Discusión y conclusiones

Es evidente que la aparente falta de impulso de un movimiento por abordar la SDSR causa mucha preocupación.[16] Lógicamente, analizar si esto es realmente así o cuáles son sus posibles causas trasciende el alcance de este estudio. Se ha demostrado la necesidad de prestar atención a la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde la CIPD y el conjunto de pruebas que explican su importancia y necesidad no solo no ha disminuido sino que continúa aumentando. Es crucial que quienes lideren mañana la salud pública reciban la educación necesaria y se precisa contar con una estrategia que asegure que ellos comprendan la magnitud de los temas de la SDSR enmarcados en su contexto histórico y político. Esto significa que la educación continuará necesitando enfocarse no solo en los aspectos técnicos de la salud sexual y reproductiva, sino que además debe prestar atención explícita a los temas políticos, económicos, culturales y sociales que interactúan en formas complejas para consolidar las desventajas que padecen grandes segmentos de la población.

Gracias a nuestra experiencia con los esfuerzos desplegados por promover la integración e institucionalización de la educación sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos enraizados en el contexto de la salud pública, hemos identificado varias similitudes. Cuando se ha institucionalizado la salud sexual y reproductiva, con frecuencia se han adoptado los aspectos más técnicos de este campo. Hay mucha resistencia a incorporar en la medida necesaria las preocupaciones sobre justicia social y cambio social en el contenido del currículo. De todos los contextos analizados, Brasil es el país donde la enseñanza de los temas de salud y los derechos sexuales y reproductivos en facultades de salud pública, ha tenido una mayor institucionalización, pero incluso ahí presenta algunas limitaciones. Ya sea que se trate de cursos breves o largos, es indispensable que estos se institucionalicen para asegurar su sostenibilidad a largo plazo. El estudio realizado

en Brasil por especialistas feministas, dedicadas a la salud comunitaria, para incorporar la salud y los derechos sexuales y reproductivos en sus actividades docentes muestra que al formalizarse e institucionalizarse un grupo de investigación aumenta su credibilidad, atrae alumnos y facilita la obtención de fondos para investigación, sobre todo si colabora con otros grupos en el país o a nivel internacional; también ha demostrado que la investigación puede servir de motivación para incluir la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos en las actividades docentes y de capacitación en el empleo.[38]

Creemos que es momento de fomentar una integración más holística y multidisciplinaria de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la educación en salud pública. Van en aumento el debate y la toma de conciencia sobre la necesidad de contar con un "plantel de salud pública" que tenga las habilidades para responder mejor a los actuales desafíos globales y regionales que enfrenta la salud. No cabe duda de que la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben integrarse plenamente en la capacitación correspondiente. Es imprescindible atender los determinantes sociales de la salud y la perspectiva de los derechos en algunos de los debates mayores sobre competencias, y atender explícitamente la salud sexual y reproductiva podría ayudar a darle forma a estas conversaciones. Es más, las nuevas iniciativas globales, como la recientemente formada Comisión Independiente para la Educación de los Profesionales de la Salud para el Siglo XXI [1,39] prometen estimular las reformas necesarias. Sin embargo, hasta ahora, la presión para incluir la salud y los derechos sexuales y reproductivos en estas iniciativas mundiales mayores no ha alcanzado el nivel crítico y en todo el mundo los esfuerzos existentes por incluirlos en la capacitación sobre salud pública no son sostenibles.

Es fundamental que se fortalezcan los conocimientos y habilidades para actuar y abordar los problemas políticos que plantea la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La educación y la capacitación en el área de la salud sexual y reproductiva no solo debe enfocarse en las habilidades técnicas, sino que debe integrar una comprensión de la historia, valores y política de esta área de trabajo, además de reconocer el papel que desempeñan la promoción y defensa, y el activismo en el logro de cambios y de justicia social.

Agradecimientos

Una versión previa de este estudio se presentó en la reunión sobre Repolitizando la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, Langkawi, Malasia, 3–6 Agosto 2010.[16] *Agradecemos a los participantes de dicha reunión por sus extensos comentarios y análisis, especialmente a Jo Wainer, cuya actuación como comentarista permitió revisar y afinar el documento.*

Referencias

1. Bhutta ZA, Chen L, Cohen J, et al. Education of health professionals for the 21st century: a global independent commission. Lancet 2010;375(9721): 1137–38.
2. Shaw D. Sexual and reproductive health: rights and responsibilities. Lancet 2006;368(9551):1941–43.
3. Briozzo L, Faúndes A. The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2008;100(3):291–94.
4. Erdman JN, Cook RJ. Women's rights to reproductive and sexual health in a global context. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2006;28(11):991–97.
5. Porter D. Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times. 1st ed. London: Routledge; 1999.
6. Fee E, Bu L. Models of public health education: choices for the future? Bulletin of World Health Organization 2007;85(12):977–79.
7. Hotez PJ. Training the next generation of global health scientists: a school of appropriate technology for global health. PLoS Neglected Tropical Diseases 2008;2(8):e279.
8. Fairchild AL, Rosner D, Colgrove J, et al. The EXODUS of public health. What history can tell us about the future. American Journal of Public Health 2010;100(1):54–63.
9. Brown TM, Fee E. Rudolf Carl Virchow: medical scientist, social reformer, role model. American Journal of Public Health 2006;96(12):2104–05.
10. Braine T. Public health schools: six portraits. Bulletin of World

Health Organization 2007; 85(12):907–09.
11. Welcome to the UK Public Health Register. At: <www.publichealthregister.org.uk/2011>. Accessed 29 July 2011.
12. Carrin G, Buse KHK, Quah S. Health Systems Policy, Finance and Organization. London: Academic Press; 2009.
13. Quah S, Heggenhougen K, editors. International Encyclopedia of Public Health, Six-Volume Set. Revised. London: Academic Press; 2008.
14. Yin RK. Case study research: design and methods. 4th ed. Los Angeles: Sage Publications; 2009.
15. Strauss AL, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Los Angeles: Sage Publications; 1998.
16. Repoliticizing sexual and reproductive health and rights: report of a global meeting, Langkawi, Malaysia, 3–6 August 2010. London: Reproductive Health Matters and Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, 2011. At: <www.rhmjournal.org.uk/publications/meeting reports>.
17. Zurayk H, Giacaman R, Mandil A. Graduate education in public health: towards a multidisciplinary model. In: Jabbour S, Khawaja M, Nuwayhid I, et al, editors. Public Health in the Arab World. Cambridge: Cambridge University Press; forthcoming.
18. World Health Organization. World Health Report 2008 – Primary Health Care: (Now more than ever). Geneva: WHO; 2008. At: <www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Accessed 10 August 2011.
19. World Health Organization. The World Health Report 2010 – Health Systems Financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010. At: <www.who.int/whr/2010/en/index.html>. Accessed 10 August 2011.
20. World Health Organization. The World Health Report 2006 – Working Together for Health. Geneva: WHO; 2006. At: <www.who.int/whr/2006/en/index.html>. Accessed 10 August 2011.
21. World Health Organisation Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. Lancet 2009;373(9681):2137–69.
22. Lee K, Goodman H. Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s. In: Health Policy in a Globalising World. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p.97–119.
23. Lee M. Restructuring Higher Education in Malaysia. School of Education Studies. 2010. At: <www.cshe.nagoya-u.ac.jp/seminar/kokusai/lee.pdf>.
24. Laws of Malaysia. Act 15. Sedition Act 1948. Incorporating all amendments up to 1 January 2006. Commissioner of Law Revision, 2006. At: <www.agc.gov.my/Akta/Vol.%201/Act%2015.pdf>.
25. Aquino Estela ML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Revista Saúde Pública 2006; Aug;40(spe):121–32.
26. Victora CG, Aquino EM, LealMC, et al.Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011;377:1863–76.
27. de Oliveira Costa A. O campo de estudos de gênero e suas duas revistas: uma pauta de pesquisa. Revista Estudos Feminista 2008;16(1):131–32.
28. ABRASCO. O Ensino de Gênero nas Instituições de Saúde Coletiva. At: <www.abrasco.org.br/GTs/gtgenero/texts/gt-inst.htm>. Accessed 4 August 2011.
29. Jewkes R, Rees H, Dickson K et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005;112(3):355–59.
30. Klugman B, Stevens M, Arends K. Developing women's health policy in South Africa from the grassroots. Reproductive Health Matters 1995;3(6):122–31.
31. Wills J, Woodhead D. "The glue that binds...":articulating values in multidisciplinary public health. Critical Public Health 2004;14(1):7–15.
32. Association of Schools of Public Health. MPH Core Competency Model. Final Version 2.3. Released August 2006. At: <www.asph.org/document.cfm?page=851>. Accessed 2 August 2011.
33. Cottingham J, Fonn S, Garcia Moreno C, et al. Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health, A Training Manual for Health Managers. Geneva: Department of Reproductive Health & Research, World Health Organization; 2001.
34. Glasier A, Gulmezoglu AM. Putting sexual and reproductive health on the agenda. Lancet 2006;368(9547):1550–51.
35. Afsar HA, Sohani S, Younus M, et al. Integration of sexual and reproductive health in the medical curriculum in Pakistan. Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan 2006;16(1):27–30.
36. Datta B, Misra G. Advocacy for sexual and reproductive health: the challenge in India. Reproductive Health Matters 2000;8(16):24–34.
37. Citelli MT. A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990–2002) uma revisão crítica. Coleção documentos 2. Rio de Janeiro: Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, IMS/UERJ; 2005.
38. Teixeira SA. Matrizes e matizes das estratégias de inserção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos engendrados por feministas acadêmicas Brasileiras. Tese de Doutorado. Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo. Universidade Federal da Bahia; 2010.
39. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010;376(9756): 1923–58.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2012 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2012;20(39):185-195
DOI: 10.1016/S0968-8080(12)39607-9

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Presupuestos transparentes para el gasto en atención de salud materna: Estudio de caso en cinco países latinoamericanos

Laura Malajovich,[a] María Antonieta Alcalde,[b] Kelly Castagnaro,[c] Carmen Barroso[d]

[a] Oficial de Programas Regionales de Promoción, Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental (IPPF WHR), Nueva York NY, EEUU. Correspondencia: lmalajovich@ippfwhr.org

[b] Subdirectora de Asuntos Públicos , IPPF WHR, Nueva York NY, EEUU

[c] Oficial Superior de Comunicaciones, IPPF WHR, Nueva York NY, EEUU

[d] Directora Regional, IPPF WHR, Nueva York NY, EEUU

Resumen: *Los avances en la disminución de la mortalidad materna han sido lentos y desiguales, incluso en Latinoamérica, donde cada año mueren 23,000 mujeres por causas evitables. Este artículo trata sobre los retos que las organizaciones de la sociedad civil en Latinoamérica enfrentaron al evaluar la transparencia presupuestaria de los gastos gubernamentales en aspectos específicos de la atención materna, a fin de imputarles la responsabilidad de disminuir las tasas de muertes maternas. El estudio fue realizado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental e International Budget Partnership, en cinco países latinoamericanos: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Panamá y Perú. Se encontró que solo en Perú la mayoría de la información que buscaban estaba disponible al público (en un sitio web gubernamental). En los otros cuatro países, ninguna de la información estaba disponible y aunque era posible obtener por lo menos algunos datos del ministerio y sistema de salud, el proceso de búsqueda generalmente tomó un rumbo complejo. Los datos recolectados en cada país fueron muy diferentes, dependiendo no solo del nivel de transparencia presupuestaria, sino también de la existencia y tipo de sistemas gubernamentales para la recolección de datos. Los obstáculos que encontraron estas organizaciones de la sociedad civil para monitorear asignaciones presupuestarias nacionales y locales a la salud materna deben abordarse mediante mejores modalidades presupuestarias por parte de los gobiernos. Además, los gobiernos necesitan directrices concretas sobre la mejor manera de capturar los datos y seguir los avances locales y nacionales.* **©** 2013 edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: política y programas de salud reproductiva, servicios de salud materna, financiamiento de los servicios de salud, planificación y gestión de los servicios de salud, rendición de cuentas y transparencia, organismos no gubernamentales, América Latina

A partir de la década de 1980, enfrentar los niveles de mortalidad materna, inaceptablemente altos, ha sido un elemento fundamental en las políticas de salud y desarrollo de todo el mundo. En los últimos años esta problemática ha captado la atención de los medios de comunicación y ha obtenido financiamiento de gobiernos y donantes internacionales para programas de salud. En el año 2000, los gobiernos se comprometieron a reducir la tasa de mortalidad materna en un 75% para el año 2015, que es parte del Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM5). Sin embargo, el avance ha sido lento y desigual, tal como sucede en América Latina donde 23,000 mujeres mueren cada año por

causas evitables[1]. A nivel mundial, falta mucho para alcanzar el ODM [2] que se estableció en un descenso anual de 5.5% ; y evitar así que 358,000 mujeres y niñas mueran cada año, casi todas ellas en países en desarrollo.[3] La respuesta de las Naciones Unidas frente a esta situación consistió en lanzar la Estrategia Global para la Salud de la Mujer y el Niño (Estrategia Global) en setiembre de 2010, con la cual logró obtener el compromiso estatal, especialmente de los países más pobres, de intensificar los programas existentes de atención sanitaria para mujeres y niños.

Si bien hay muchas maneras de mejorar la salud materna, en todo el mundo se comparte la idea de que para poner fin a la mortalidad materna, es preciso contar con un conjunto de intervenciones esenciales y servicios de salud integrales e integrados, que incluya planificación familiar, servicios seguros de aborto, atención prenatal, asistencia obstétrica debidamente calificada, servicios obstétricos de emergencia y atención posparto.[4] Asimismo, existe el consenso de que los gobiernos deben tener una estrategia clara para reducir los niveles de mortalidad materna. Dicha estrategia requiere disponer de los recursos necesarios para mejorar los servicios y debe volverlos accesibles, asequibles y de buena calidad; además, es preciso que cuente con profesionales de salud experimentados para ejecutarla. Teniendo en cuenta que solo faltan dos años para cumplir con el plazo fijado en los ODM, es indispensable evaluar y monitorear la información disponible sobre el alcance y la eficacia de las inversiones en salud materna, y es una tarea en la cual deben participar las organizaciones de la sociedad civil (OSC). ¿Por qué? Primero, porque la Estrategia Global ha canalizado recursos adicionales, tanto de los presupuestos nacionales como de la ayuda multilateral, hacia la salud materno-infantil y del recién nacido. Segundo, porque la Estrategia Global establece mecanismos que responsabilizan a los gobiernos del uso de los recursos y los resultados obtenidos y para ello es preciso analizar la transparencia del financiamiento público. Tercero, porque una mayor información sobre los programas y las asignaciones presupuestales permitirá que los gobiernos efectúen un mejor seguimiento de sus propios gastos, evalúen la eficacia de los programas y se aseguren de que estos recursos lleguen a sus verdaderos destinatarios.

Desafíos para medir el progreso

A pesar de los acuerdos mundiales, América Latina tiene ante sí un complejo desafío para asegurar la ejecución de estas estrategias y evaluar sus avances. Uno de los principales factores radica en que no suele haber una sola partida presupuestal para la salud sexual y reproductiva que se pueda monitorear en los presupuestos nacionales de salud, y menos aún una partida específica para la salud materna – ni siquiera en los casos en que existan programas y políticas de salud materna.

En América Latina una cantidad significativa de los fondos para financiar los programas de salud sexual y reproductiva proviene de donantes multilaterales, como el FNUAP y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estos donantes han pedido a los gobiernos que mejoren la disponibilidad de información correspondiente a las donaciones que reciben para salud materna, [5] de manera que determinen mejor cuánta ayuda ha sido canalizada a intervenciones específicas incluidas en los programas nacionales de salud reproductiva. Incluso en los países donde existen partidas presupuestales específicas para anticonceptivos – como sucede en Guatemala y El Salvador – éstas tan sólo contienen datos totales y no se encuentran desagregados en partidas presupuestales específicas sobre otros aspectos de la salud materna, tales como medicamentos o capacitación de personal.

Asimismo, en vista del carácter vertical de los programas y fondos mundiales para programas de salud, a los gobiernos nacionales y a los organismos se les pide que presenten sus informes a múltiples actores y a donantes que suelen tener exigencias distintas. Otro aspecto, tal vez es el más importante, es la sobrecarga de trabajo que se impone a los trabajadores de salud, quienes deben generar una cantidad excesiva de datos y además informarlos para cumplir con una serie de subsistemas que rara vez coordinan entre sí sus requerimientos.[6] Estos múltiples sistemas vuelven más compleja la contabilidad del sector salud y contribuyen a que los análisis no sean óptimos y la transparencia pública disminuya. Tal como lo describe

la Health Metric Network en su publicación *Country Health Información Systems: A Review of the Current Situation and Trends*, [7] la mayoría de países utiliza indicadores y metas para monitorear los avances en salud materna, pero no lo pueden hacer con eficacia porque no se les permite la disponibilidad y la calidad de los datos. Todos estos factores contribuyen a que los gobiernos enfrenten situaciones muy complejas para recopilar información y utilizarla en sus informes, lo que a su vez pone trabas para que las OSC accedan a datos precisos y completos, y a que exijan la rendición de cuentas a los gobiernos. International Budget Partnership (IBP) se dedica a fortalecer las instituciones de la sociedad civil capacitándolas para que puedan usar en forma satisfactoria el análisis presupuestal como herramienta para sus actividades de promoción y defensa. En 2010, IBP lanzó la iniciativa ¡Pregúntale a tu gobierno! una experiencia piloto en la cual participaron 100 OSC que actúan en 86 países. Las OSC participantes solicitaron información presupuestal detallada sobre temas específicos de salud y desarrollo, de los cuales dos se relacionaban con la salud materna. Solo 27 de los 84 gobiernos tuvieron la capacidad y voluntad de brindar información sobre sus inversiones para intervenciones de socorro relacionadas con la salud materna, demostrando en la práctica las dificultades que encaran las OSC cuando tienen que hacer el seguimiento de los presupuestos del Estado y del gasto público[8].

Cómo medir presupuestos transparentes dedicados a la salud materna: un estudio piloto

En las últimas décadas, las organizaciones de la sociedad civil han estado trabajando para comprender mejor los presupuestos públicos e influir en los mismos. Se reconoció que es necesario mejorar la capacidad de las organizaciones dedicadas a la promoción de los derechos y de la salud reproductiva y sexual en América Latina, a fin de que monitoreen los presupuestos con eficacia. En ese sentido, IPPF/WHR e IBP realizaron en 2010 un estudio piloto que estuvo a cargo de investigadores de IBP y personal del programa IPPF/WHR. Dicho estudio tenía por objeto determinar en qué medida las OSC que operan en cinco países de América Latina (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Panamá y Perú) tenían acceso a los presupuestos públicos y al gasto en salud materna y si los podían monitorear. Este puso de manifiesto los retos que enfrentan las OSC para reunir información sobre el gasto público dedicado a la salud relacionada con la maternidad. Basándose en los resultados del estudio mencionado, el presente documento presenta recomendaciones para mejorar los sistemas de información y presupuesto para facilitar su monitoreo*

Se seleccionaron los países para este estudio teniendo en cuenta dos criterios: que representaran una amplia gama de indicadores de mortalidad materna[9] y distintos niveles de presupuestos nacionales transparentes, conforme al Índice de Presupuesto Abierto, desarrollado por IBP.[10] Se escogieron los siguientes países y OSC:

País	Organización de la Sociedad Civil
Costa Rica	Asociación Demográfica Costarricense (ADC)
El Salvador	Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE) y Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS)
Guatemala	Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM) y Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos (CIIDH)
Panamá	Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA)
Perú	Ciudadanos al Día (CAD) e Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES)

Metodología

El objetivo final de la recopilación de información era mejorar la eficacia de las acciones de

* El objetivo de este documento no es presentar una metodología sobre cómo se debe medir el gasto en salud materna; es, más bien, una metodología para evaluar cuánta información presupuestal está disponible y que dicha información permita que la sociedad civil sepa cuánto están gastando los gobiernos. El siguiente paso podría ser utilizar esta información para medir si realmente los programas se están ejecutando en forma eficaz, pero el primer paso era considerar si era o no posible obtener la información necesaria.

promoción y defensa; sin embargo, el propósito principal del estudio de caso era analizar el sistema que se aplica al recabar la información. Su meta era aumentar el conocimiento de los grupos acerca del lugar donde se debe buscar la información de planificación y presupuesto y cómo hacerlo para que, una vez que la obtuvieran, pudieran evaluar el nivel de rendición de cuentas del gobierno en lo que atañe a la salud materna.

Si bien el proceso de búsqueda para reunir información variaba en los distintos países, se empleó un formulario estándar para registrar los resultados de cada organización. Asimismo, las organizaciones ejecutaron las mismas etapas para determinar si el gobierno producía y publicaba información sobre el gasto en salud materna. Primero, examinaron toda la documentación disponible en las páginas web de los ministerios nacionales y de organismos internacionales como la OPS, buscando información sobre las políticas y compromisos específicos de sus gobiernos relacionados con la salud materna; por ejemplo, planes estratégicos nacionales para reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. En todos los casos los participantes pudieron encontrar políticas y programas destinados a reducir la mortalidad materna y mejorar los servicios de salud reproductiva. Una vez que ubicaban estos documentos, se dedicaban a buscar las partidas presupuestales correspondientes. Con el fin de asegurar coherencia y tener un marco de trabajo durante el proceso de recopilación de información, se acordó que buscarían información presupuestal específica en las siguientes categorías:[11–15]

- Atención integrada de salud reproductiva: presupuesto para métodos anticonceptivos, desagregados por tipo, y presupuesto para suplementos de hierro y ácido fólico.
- Atención calificada en el parto: presupuesto para capacitación en el empleo para trabajadores de salud (enfermeras y parteras).
- Atención obstétrica de emergencia (durante el parto y después del mismo): presupuesto para la entrega de medicamentos esenciales (estimulantes musculares para el útero – oxitocina, misoprostol y ergotamina, solución salina y sulfato de magnesio), bancos de sangre, y en algunos casos, la inversión en equipos manuales de aspiración endouterina.

El siguiente paso fue buscar la información disponible en internet sobre el presupuesto; es decir, información de las páginas web de los Ministerios de Economía y Salud así como de otras dependencias oficiales. Si no se encontraba esta información en internet, las OSC presentaban solicitudes de información a los Ministerios de Economía y Salud de sus respectivos países amparándose en las leyes nacionales de libertad de información.

Para hacer el seguimiento de estas solicitudes o si las mismas no recibían respuesta, la etapa siguiente consistía en entablar un contacto informal con funcionarios públicos y reunirse con ellos, pues eran ellos sus principales fuentes de información. Generalmente estas reuniones se celebraban con personal técnico del Ministerio de Salud, como el personal que trabaja en las dependencias nacionales de salud reproductiva. Estos contactos les proporcionaban la información solicitada o la pedían a su vez a las unidades de salud o de otras dependencias.

Con el fin de realizar un informe sistemático para cada país los participantes llevaron una especie de cuaderno de bitácora donde se describe toda la información solicitada y obtenida en cada etapa del proceso. Finalmente, el equipo de cada país evaluó los vacíos de información que encontraron y analizaron cómo se debía mejorar la información disponible para medir el gasto público en salud materna.

Resultados

Los resultados fueron variados, dependiendo del nivel de transparencia y de detalle de la información que contiene el presupuesto de cada gobierno. Las OSC de Costa Rica, Guatemala y Perú obtuvieron datos sustanciales de política y presupuesto directamente de las páginas web de dichos gobiernos. Las OSC de El Salvador y Panamá pudieron obtener datos de política a través de páginas web externas pero solo consiguieron información limitada sobre el presupuesto (en los Cuadros 1–5 se encuentra el resumen de los resultados de cada país).

Costa Rica no tenía un programa que se dedicara únicamente a luchar contra la mortalidad materna, pero tenía más bien planes y guías que establecían los compromisos del gobierno para asegurar atención de salud materna, incluyendo

el acceso a una atención integrada de salud reproductiva, personal debidamente calificado y atención obstétrica de emergencia durante el embarazo y después del mismo (Cuadro 1).

Cuadro 1. Información recogida en Costa Rica[a]

Categoría	Políticas	Intervenciones	Partidas Presupuestales	Proporcionado al solicitarlo	Fuentes
Atención de Salud Reproductiva Integrada	Guía integral para atención prenatal, parto y posparto para mujeres y niños[b]	Promover consultas prenatales	Tabletas de hierro y ácido fólico	Sí	i.Al amparo de la Ley de Acceso a la Información ii.Dependencia encargada de la Seguridad Social (la Caja Costarricense de la Seguridad Social) proporcionó información detallada del Plan de Adquisiciones
	Programa de atención integrada para adolescentes [c]	Suministros básicos de planificación familiar	Métodos anticonceptivos	Sí, por tipo de método	
Atención calificada en el parto	Plan para brindar infraestructura, recursos humanos, financieros y tecnológicos de calidad y accesibles [d]	Plan de capacitación y progreso para recursos humanos	Capacitación en el empleo para recursos humanos	No, solo dieron información sobre el nuevo personal contratado	
Atención obstétrica de emergencia	Guía integral para la atención prenatal, en parto y posparto para mujeres y niños[b]	Detección y tratamiento de anemia, hemorragia posparto, preeclampsia, infección del tracto urinario	Estimulantes musculares para el útero Solución alina Sulfato de magnesio	Sí Sí Sí	i.Al amparo de la Ley de Acceso a la Información ii.Dependencia encargada de la Seguridad Social (la Caja Costarricense de la Seguridad Social) proporcionó información detallada del Plan de Adquisiciones
		Atención inmediata en posparto (temperatura arterial, sangrado)	Bancos de sangre Equipo de AME	Sí Sí	

[a] Ninguno de estos datos estaba disponible al público
[b] Obtenido de www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/servicios-capacitadores-ms/doc_details/1262-guia-de-atencion-integral-a-las-mujeres-ninos-y-ninas-en-el-periodo-prenatal-parto-y-posparto
[c] Obtenido de www.binasss.sa.cr/adolescencia/adolescenciacostarricense.htm
[d] Obtenido de www.lib.utexas.edu/benson/lagovdocs/costarica/federal/salud/pei08-10.pdf

Sin embargo, las guías, adquisiciones y herramientas necesarias para brindar una atención oportuna y de calidad se encuentran centralizadas en una sola institución, el Organismo Responsable de la Seguridad Social. Cada una de las unidades de salud desarrolló su propio plan de adquisiciones y el Organismo Responsable de la Seguridad Social los recopiló y definió el plan definitivo de adquisiciones, que incluía el presupuesto para todos los tipos de anticonceptivos, suministros y equipos médicos. Al amparo de la Ley de Libertad de Información de Costa Rica, la OSC identificó la Oficina de Planificación de Bienes y Servicios, como el organismo apropiado al cual solicitarle la información, incluyendo elementos como el equipo de aspiración manual endouterina, estimulantes musculares para el útero y anticonceptivos.

La organización presentó numerosas solicitudes y entrevistó al director del organismo para explicarle sus objetivos. Gracias a ello, pudieron obtener alrededor del 70% de la información de-

tallada solicitada. La única información que no pudieron obtener fue la relativa al presupuesto para capacitación del personal (el organismo responsable de la capacitación y el desarrollo profesional para el sector salud no respondió a su solicitud). En **El Salvador**, para el proceso de recopilación de información fue necesario realizar muchas reuniones con personal del Ministerio de Salud, en vista de que no hay una sola persona responsable de manejar las solicitudes amparadas en la Ley de Libertad de Información. Tampoco cuentan con procesos claros sobre la forma de usar y hacer cumplir esta ley; fue necesario apelar a contactos personales con autoridades tales como el Viceministro, el Director del Programa de Planificación Familiar y el Jefe de la Oficina de Atención Integrada de Salud para la Mujer. El personal del ministerio explicó que ellos no gestionan ni elaboran información presupuestal consolidada sobre salud materna. Tras varios intentos, las OSC pudieron obtener información detallada sobre el gasto en métodos anticonceptivos y algunos datos sobre los instrumentos y equipos (tales como forceps y espéculos) que se distribuyen a los hospitales para atención de maternidad. Sin embargo, no se les brindó ninguna información sobre los medicamentos esenciales para atención obstétrica (Cuadro 2). La investigación demostró que la información presupuestal existente para el Plan para reducir la mortalidad materna era insuficiente, incluso para los encargados de ejecutar dicho plan. En **Guatemala,** la OSC pudo iniciar la búsqueda en internet utilizando la página web de acceso restringido de la Secretaría General de Planificación, pues le dieron la contraseña de ingreso. La página web tenía suficiente información para identificar la partida presupuestal para anticonceptivos financiada por donantes internacionales, pero la información no estaba desagregada por método. Otras partidas presupuestales estaban agrupadas en fondos comunes de recursos, tal como ocurre con el presupuesto para suministros y medicamentos, que no solo incluía aquellos destinados a la atención obstétrica, como la oxitocina y misoprostol, sino otros medicamentos no relacionados con la salud materna. Por consiguiente, se solicitó información adicional, al amparo de la libertad de información. La Unidad de Acceso a la Información, del Ministerio de Salud, derivó las solicitudes a cada uno de los hospitales acionales y a los Organismos Regionales de Salud que, a su vez, enviaron información detallada sobre los fondos que habían gastado el año anterior en medicamentos para atención obstétrica de emergencia y para capacitar a parteras y enfermeras (Cuadro 3). Como no había ninguna persona en el Ministerio de Salud que fuera responsable de reunir y sistematizar esta información, diversas dependencias de ese ministerio enviaron la información solicitada a la Unidad de Acceso a la Información. Dicha información estaba en numerosos archivos y en una gran variedad de formatos, y fue remitida a las OSC. Fue muy difícil manejar y analizar este gran volumen de información.

En **Panamá**, el proceso de búsqueda fue particularmente difícil por dos razones: de un lado, no había información disponible sobre el presupuesto y la política en internet y, de otro, las solicitudes formales presentadas al amparo de la libertad de información no recibieron respuesta alguna. Las entrevistas iniciales sostenidas con personal del Ministerio de Salud dieron lugar a que las OSC fueran derivadas a 14 unidades de salud en distintas localidades de Panamá, que producen su propia información. Para la OSC no resultó factible ni razonable tratar de reunir y analizar dicha información. Como resultado de una nueva solicitud formulada posteriormente por la OSC, el Ministerio de Salud proporcionó información agregada que fue difícil de interpretar (Cuadro 4). Por ejemplo, la información sobre medicamentos y suministros para atención obstétrica se hallaba bajo el rubro de "equipos médicos y dentales", y el presupuesto para el Programa de Salud Reproductiva correspondía al Departamento de Población, sin información sobre las asignaciones específicas para el presupuesto de salud reproductiva. El jefe del Programa de Salud Reproductiva explicó que no había presupuesto, y que en realidad ellos gestionaban un fondo común de recursos que se transferían a las unidades de salud de las localidades conforme a sus necesidades. Sin embargo, no había mecanismos para que dichas unidades de salud le informen al departamento la forma en que habían gastado esos fondos. En este caso, la ausencia de información sobre los planes y presupuestos a nivel del ministerio, así como la falta de informes sobre los gastos efectuados por las unidades locales de salud, prácticamente imposibilitaba que la OSC pudiera monitorear el presupuesto.

Cuadro 2. Información recogida en El Salvador[a]

Categoría	Políticas	Intervenciones	Partidas presupuestales	Proporcionado al solicitarlo	Fuentes
Atención de Salud Reproductiva Integrada	Plan para Reducir la Mortalidad Materna 2011-2015[b]	Guías y servicios para asegurar atención perinatal óptima	Tabletas de hierro y ácido fólico	No	
		Asegurar el acceso a anticonceptivos	Métodos anticonceptivos	Sí, por tipo de método	Información proporcionada por el Jefe del Programa de Planificación Familiar
Atención calificada en el parto		Capacitación del personal en atención perinatal, atención obstétrica y planificación familiar	Capacitación en el empleo para parteras y enfermeras	No	
Atención obstétrica de emergencia	Plan para Reducir la Mortalidad Materna 2011-2015[b] Guía para ejecutar el Plan de Partos que tiene por objeto contribuir a reducir la mortalidad materna y perinatal[c]	Ofrecer servicios que brinden atención obstétrica de calidad en emergencias y atención obstétrica básica	Estimulantes musculares para el útero	No	El viceministro de Salud brindó información detallada y aleatoria sobre el equipamiento pero no dio información presupuestaria sobre los suministros, ni siquiera después de pedírselo en reuniones y mediante llamadas telefónicas
		Asegurar la dotación de medicamentos, equipos y recursos humanos para operativizar la atención obstétrica básica y de emergencia	Sulfato de magnesio	No	
			Bancos de sangre	No	
			Equipos de aspiración manual endouterina	Sí	

[a] Ninguno de estos datos estaba disponible al público
[b] Obtenido de www.salud.gob.sv/index.php/novedades/noticias/noticias-ciudadanosas/138-febrero-2011/816-11-02-2011-ministra-de-salud-oficializa-plan-de-reduccion-de-la-mortalidad-materna-perinatal-y-neonatal.
[c] Obtenido de www.fosalud.gob.sv/phocadownload/Guia_estrategia_plan_parto_sv.pdf

En el **Perú**, la mayor parte de la información sobre el presupuesto para salud materna se encuentra disponible en línea bajo la partida presupuestal del Plan Estratégico para reducir la Mortalidad Materna (Cuadro 5)

El sitio web "Economic Transparency" proporcionó la información sobre el presupuesto y los gastos correspondientes a cada una de las categorías del plan, tales como el uso de la atención prenatal y la cantidad de personal calificado que atendió partos normales y complicados. Sin embargo, los datos eran totales y no había información presupuestal específica; por ejemplo, sobre la capacitación del personal o los fondos asignados para la compra de estimulantes musculares para el útero o ácido fólico. Tras tener acceso a esta información básica en el sitio web, la OSC envió una solicitud apelando a la Libertad de Información y se reunió con personal de los Ministerios de Salud y de Economía. El Ministerio de Economía alegó que no contaba con información más detallada y derivó a la OSC al Ministerio de Salud, que tampoco les proporcionó información alguna.

Tal como lo muestran los cuadros, solo en el Perú la mayor parte de la información estuvo disponible al público en un sitio web oficial. En los otros cuatro países no había ninguna información disponible al público y, aunque fue posible obtener del gobierno y de fuentes del sistema de salud al menos algunos datos sobre los presupuestos para salud materna, en la mayoría de casos fue preciso seguir un proceso de búsqueda bastante complejo. Los datos reunidos en cada país fueron muy diferentes entre sí, dependiendo no solo del nivel de transparencia del presupuesto, sino también de la existencia y forma de los sistemas usados para recopilar datos que los propios países utilizaron. Por ejemplo, cuando una partida presupuestaria era objeto de escrutinio por organizaciones donantes internacionales, como ocurrió con los anticonceptivos en Guatemala y El Salvador, con frecuencia se destinaron presupuestos específicos para este fin, con lo cual resultó más fácil encontrar la información presupuestaria solicitada. Pero esto no solía suceder en los otros casos.

Cuadro 3. Información recogida en Guatemala[a]

Categoría	Políticas	Intervenciones	Partidas Presupuestales	Proporcionado al solicitarlo	Fuentes
Atención de Salud Reproductiva Integrada	Plan de Acción para Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal y para Mejorar la Salud Reproductiva 2010-2015[b]	Fortalecer al Ministerio de Salud para que brinde atención de salud reproductiva	Tabletas de hierro y ácido fólico	No	
			Métodos anticonceptivos	Sí, pero solo en resultados totales	De la página web del Secretario de Planificación, se necesitó contraseña de acceso. Solo había información sobre proyectos e iniciativas financiados por donantes y la información aparecía solamente en resultados totales
Atención calificada en el parto		Fortalecer el desarrollo del personal del sector salud	Capacitación en el empleo para parteras y enfermeras	Sí	Información brindada por la Unidad de Salud en virtud de la Ley sobre Libertad de Información y en reuniones con el Director de la Unidad de Acceso a la Información, del Ministerio de Salud
Atención obstétrica de emergencia		Garantizar que haya atención de salud de calidad en todos los niveles de los servicios sanitarios	Estimulantes musculares para el útero	Sí	Información brindada por la Unidad de Salud en virtud de la Ley sobre Libertad de Información y en reuniones con el Director de la Unidad de Acceso a la Información, del Ministerio de Salud. La información proporcionada no concordaba con la de otras unidades de salud y se entregó en numerosos formatos
		Fortalecer la logística para asegurar el acceso a medicamentos y equipos	Sulfato de Magnesio	Sí	
			Bancos de sangre	No	
			Equipos de aspiración manual endouterina	No	

[a] Ninguno de estos datos estaba disponible al público
[b] Obtenido de: www//new.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=403&itemid=.
[c] Obtenido de: http://snip.segeplan.gob.gt/guests/SNPGPL$MODULO.indice

Cuadro 4. Información recogida en Panamá[a]

Categoría	Políticas	Intervenciones	Partidas Presupuestales	Proporcionado al solicitarlo	Fuentes
Atención de Salud Reproductiva Integrada	Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva[b]	Asegurar atención prenatal calificada	Tabletas de hierro y ácido fólico	No	De acuerdo a la Ley sobre Libertad de Información y en reuniones, el Ministerio de Salud proporcionó información general. Presupuesto total para medicamentos y suministros para SR, pero no dio detalles sobre anticonceptivos
		Asegurar el acceso a anticonceptivos	Métodos anticonceptivos	No	
Atención calificada en el parto	Plan para Reducir la Mortalidad Materna 2006-2009[c]	Asegurar que haya personal debidamente calificado en el parto	Capacitación en el empleo para el personal	Sí	De acuerdo a la Ley sobre Libertad de Información y en reuniones, el Ministerio de Salud proporcionó información sobre la capacitación brindada en 2009.
Atención obstétrica de emergencia	Plan para Reducir la Mortalidad Materna 2006-2009	Ofrecer servicios que brinden atención obstétrica de calidad en emergencias y atención obstétrica básica así como los equipos necesarios	Estimulantes musculares para el útero	No	De acuerdo a la Ley sobre Libertad de Información y en reuniones, el Ministerio de Salud proporcionó información, presupuestos y distribución de bancos de sangre, equipos de AME y oxitocina, pero no dio los presupuestos para los tres últimos.
		Brindar la infraestructura para atención obstétrica	Sulfato de Magnesio	Sí	
			Bancos de sangre	No	
			Equipos de aspiración manual endouterina	No	

[a] Ninguno de estos datos estaba disponible al público
[b] www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/programas/ninez_adolescencia/COMPILACION%20DE%20CONVENIOS%20INTERNCIONALES%20Y%20LEYES%20NACIONALES%20.pdf.
[c] http://new.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=29&Itemid=224

En muchos casos los gobiernos no producían la información solicitada con el nivel de detalle pedido, y por lo tanto, frecuentemente sus respuestas consistían en información indirecta o sólo proporcionaban totales. La única información que otorgaron con el detalle especificado en la solicitud fue sobre atención obstétrica de emergencia y atención prenatal, pero proporcionaron muy pocos datos sobre la atención calificada en el parto. En general, considerando todas las categorías y tipos de información solicitada, podemos decir que, en promedio, sólo se suministró la mitad de la información solicitada.

Este estudio ha demostrado que es necesario que las OSC no sólo utilicen las leyes nacionales

sobre el libre acceso a la información sino que además recurran a contactos personales con el gobierno – especialmente al interior de los ministerios de salud – para recabar información presupuestal sobre los servicios de salud materna. Todavía hay mucho que hacer para que los propios gobiernos – y más aún la sociedad civil – puedan reunir y juntar toda la información necesaria para analizar y evaluar sus inversiones en salud materna. La falta de información disponible que ha demostrado el estudio significa que la capacidad de la sociedad civil para monitorear los presupuestos públicos y la ejecución de programas también se perjudica notablemente.

Cuadro 5. Información recogida en el Perú[a]

Categoría	Políticas	Intervenciones	Partidas Presupuestales	Proporcionado al solicitarlo	Fuentes
Atención de Salud Reproductiva Integrada	Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna 2009-2015[b]	Atención prenatal	Tabletas de hierro y ácido fólico	Sí, pero solo niveles totales de atención prenatal	Presupuesto total para atención prenatal disponible en sitio web.[c] No se proporcionaron detalles al solicitarlos
		Asegurar el acceso a anticonceptivos	Métodos anticonceptivos	Sí	Presupuesto total para anticonceptivos disponible en sitio web.[c] No se proporcionaron detalles al solicitarlos
Atención calificada en el parto		Capacitación para el personal para atender partos (incluyendo partos verticales)	Capacitación en el empleo para el personal	No	Presupuesto total para acceder a personal calificado, disponible en sitio web.[c] No se proporcionaron detalles al solicitarlos
Atención obstétrica de emergencia		Acceso a sistemas de derivación	Estimulantes musculares para el útero	Sí, pero solo niveles totales de acceso para servicios de atención de salud en casos de partos	Presupuesto total para acceso a bancos de sangre seguros, derivación y contrarreferencia a servicios de maternidad y acceso a servicios de salud para partos normales y complicados, pero no hay niveles totales disponibles en el sitio web.[c] No se proporcionaron detalles al solicitarlos
		Brindar acceso a bancos de sangre	Sulfato de Magnesio		
		Acceso a personal y equipos después de partos normales y después de partos con complicaciones	Bancos de sangre	Sí, pero solo a nivel de montos totales	
			Equipos de aspiración manual endouterina	No	

[a] La mayor parte de estos datos estaba disponible al público, pero no lo estaban los datos sobre medicamentos para atención prenatal.

[b] Obtenido de: www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/1_penrmm.pdf

[c] Obtenido de: http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx

[d] Obtenido de: http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx presupuesto total para anticonceptivos

Discusión

El objetivo central de los servicios de maternidad es evitar y reducir al mínimo las muertes maternas relacionadas con el embarazo y el parto. Para poder apoyar a los gobiernos y trabajar con ellos en el logro de este objetivo, las OSC necesitan tener acceso a las políticas, planes y presupuestos de los gobiernos dedicados a la salud materna, para influir en ellos y para responsabilizar a los gobiernos. Esto también se aplica a la disminución de las muertes por aborto, que son el 15% de las muertes maternas en la región latinoamericana[1], y al mejoramiento del acceso a la planificación familiar y a toda la atención de salud reproductiva y sexual, de la cual la atención de salud materna es parte importante.

Este estudio de caso ha demostrado claramente que es necesario que los gobiernos mejoren los sistemas de información y la transparencia en el gasto en salud materna y que examinen y mejoren sus sistemas de información sobre todo tipo de atención de salud reproductiva y sexual.

Asimismo, los gobiernos deben cerciorarse de que la información sea puesta a disposición del público en forma oportuna y que sea accesible e integral. Solo en ese contexto las OSC podrán medir el gasto en la prestación de los servicios y exigirles a los gobiernos que se responsabilicen del mismo. Como la información que buscaban las OSC en este caso se encontraba frecuentemente diseminada entre distintos ministerios o distintas dependencias del mismo ministerio, o solo estaba disponible en organismos y hospitales distritales o de otras localidades, las OSC han tenido que presentar numerosas solicitudes de información, en algunos casos a todas las fuentes mencionadas, aun así, en algunos casos, no lograron obtener información integral. Considerando que los fondos para la atención de salud materna suelen distribuirse en forma descentralizada, es indispensable contar con un sistema para que los gobiernos locales y las unidades de salud locales hagan sus informes al gobierno central a fin de que éste pueda evaluar eficazmente la ejecución de las políticas de salud materna en todo el país, dar cuentas del gasto en esos programas en forma exacta y planificar de cara al futuro, basándose en esa información. La información se concentró en aspectos específicos de salud materna, desde el suministro de anticonceptivos hasta la disponibilidad de personal debidamente calificado y medicamentos esenciales para la atención obstétrica prenatal y de emergencia. Se consiguió una cantidad significativa de datos útiles, pero hay otros factores que también afectan gravemente la salud materna. Por ejemplo, las políticas e inversiones públicas para atacar la desigualdad de género y mejorar el transporte público deben tenerse en cuenta al diseñar los mecanismos para la rendición de cuentas y los sistemas de monitoreo pertinentes, así como los organismos responsables de los mismos. A pesar de las dificultades que surgieron durante este estudio de caso, podemos ser optimistas. La Estrategia Global y el establecimiento de la correspondiente Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño constituyen una notoria oportunidad para ampliar el análisis de las inversiones en salud materna. Recientemente el Secretario General de la ONU dio curso a una recomendación de dicha comisión creando un grupo independiente de expertos que preparará informes para la Asamblea General sobre el tema de la información y rendición de cuentas durante los próximos tres años. Es esencial que este grupo trate los obstáculos que tienen las OSC para monitorear la Estrategia Global a nivel nacional y regional y que maximice la oportunidad para que las OSC den a conocer los informes del Grupo de Expertos.[16] Una voz activa de la sociedad civil es fundamental para asegurar que el gasto público sea transparente y que se use eficazmente para ejecutar – y mejorar – las políticas y programas existentes. La sociedad civil, y en especial las organizaciones que abogan por los derechos y por el acceso a la salud reproductiva y sexual, que tienen conocimiento de primera mano y experiencia programática en enfrentar barreras para lograr el acceso a la salud materna, deberían poder desempeñar un papel esencial en las actividades necesarias para medir el avance de sus gobiernos en evitar las muertes maternas.

Agradecimientos

Deseamos agradecer a las siguientes personas por su lectura crítica, comentarios informados, ediciones excelentes y por su apoyo y su tiempo: Giselle Carino y Flor Hunt, International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region; Manuela Garza, International Budget Partnership; al Ukaid, Department for International Development, y a la Hewlett Foundation por su apoyo.

Referencias

1. Acosta A, Cabezas E, Chaparro J. Present and future of maternal mortality in Latin America. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2000;70:125–31.
2. Un Department of Public Information. We can end poverty: 2015 Millennium Development Goal. September 2010. At: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_FS_5_EN_new.pdf.
3. World Health Organization. Women and Health, today's evidence tomorrow's agenda. 2009. At: http://whqlibdoc. who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf.
4. World Health Organization. Global Strategy for Women's and Children's health. 2010. At: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/.
5. Germain A. Ensuring the complementarity of country ownership and accountability for results in relation to donor aid: a response. Reproductive Health Matters 2011;19(38):141–45.
6. World Health Organization. Framework and standards for country health information systems. Health MetricsNetwork, 2008. At: http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf.
7. World Health Organization. Country health information systems: a review of the current situation and trends. Health Metrics Network, 2011. At: www.who.int/entity/healthmetrics/news/chis_report.pdf.
8. Garza M, Alemu B, Lakin J. Toward Accountability for Resources: Independent Budget Monitoring of the Global Strategy for Women's and Children's Commitments. Washington, DC: IBP, 2010.
9. United Nations Population Fund. State of the World Population 2008, UNFPA, 2008. At: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/swp08_eng.pdf.
10. International Budget Partnership. Open Budget Survey, 2010. At: internationalbudget.org/what-we-do/open-budget-survey/rankings-key-findings/rankings.
11. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank. Packages of interventions. Family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. WHO/FCH/10.06. Geneva: WHO, 2010.
12. World Health Organization. WHO recommended interventions for improving maternal and newborn health. Geneva: WHO, 2007. At: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/who_mps_07.05_eng.pdf.
13. Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Consensus for Maternal, Newborn and Child Health. Geneva: WHO, 2009.
14. Keith-Brown K. Investing for life: making the link between public spending and the reduction of maternal mortality. Mexico DF: Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2005.
15. Cohen S. Promoting sexual and reproductive health advances maternal health. Guttmacher Policy Review 2009;3(2). At: www.guttmacher.org/pubs/gpr/12/2/gpr120208.html.
16. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health, WHO. Keeping promises, measuring results. 2011. At: www.everywomaneverychild.org/images/content/files/accountability_commission/final_report/Final_EN_Web.pdf.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2012 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2012;20(40):139-147
0968-8080/12 $ – see front matter
DOI: 10.1016/S0968-8080(12)40666-8

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Protección de la maternidad versus derechos de maternidad para las trabajadoras en Chile: una reseña histórica

Lidia Casas[a], Tania Herrera[b]

a Catedrática e Investigadora de Derecho, Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales, Facultad de Derecho, Santiago, Chile. Correspondencia: lidia.casas@udp.cl
b Doctora en Medicina y Profesora, Universidad Diego Portales, Facultad de Medicina, Santiago, Chile

Resumen: *El descanso por maternidad en Chile ha sido un derecho social desde 1919, concomitante al establecimiento de los primeros estándares de la Organización Internacional del Trabajo. La legislación desde sus orígenes tuvo como principal foco de protección la maternidad y la familia, así aunque esta licencia ha sido extendida innumerables veces su objetivo siempre ha sido la protección de la salud infantil. El Código del Trabajo, promulgado por primera vez en 1931, dispuso que cualquier establecimiento con más de 20 trabajadoras debía proporcionar una sala cuna y pagar las porciones de tiempo para amamantar hasta que el niño cumpliera la edad de un año. De esta manera, la legislación laboral jugó un rol importante en acomodar las necesidades del cuidado de los infantes en el contexto del trabajo remunerado de las mujeres, aunque no siempre con éxito. Pese a la protección reforzada de las mujeres durante el embarazo y la lactancia, las trabajadoras pueden ser despedidas del trabajo por otras causales que no sean ni el embarazo ni la maternidad. Fue solamente durante el gobierno de Salvador Allende y, nuevamente en las últimas dos décadas, se consagró a las mujeres como titulares del derecho a la salud. Sin embargo, se mantiene aún tensiones sin resolver. Se promueve la maternidad, pero con frecuencia se considera que las mujeres abusan del sistema de protección. La maternidad aparece como la varita mágica que representa una exaltación de las mujeres en su entrega hacia los demás, pero la sociedad mantiene un manto de sospecha sobre ellas cuando ejercen sus derechos de maternidad y su decisión de decidir el número de hijos que desean tener y su espaciamiento.* © 2013 edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras Clave: licencia por maternidad, mortalidad infantil, bienestar social, legislación del trabajo, Chile

En Chile, la licencia por maternidad ha sido un derecho social desde 1919, cuando las primeras normas universales se establecieron en el Convenio de la OIT sobre la protección de la maternidad.[1]La licencia con goce de sueldo fue parte de las exigencias sociales a nivel mundial que incluían semanas con menos horas de trabajo, abolición del trabajo infantil y mejores condiciones de trabajo para la mujer. A comienzos del siglo en Chile también se manifestaron estas inquietudes, especialmente a través de los sindicalistas y las trabajadoras organizadas.

Desde sus inicios, la legislación laboral de Chile abordó la problemática de las las mujeres trabajadoras desde una perspectiva de protección a la maternidad y a la familia. La licencia por maternidad tenía el objetivo primordial de proteger la salud de la madre y del niño así como reducir la mortalidad infantil .[2] Se ha sostenido que estas leyes ayudaron a mantener a las mujeres alejadas del mercado laboral y consolidaron un paradigma de producción–reproducción basado en el arquetipo de hombres=proveedores/ mujeres=cuidadoras.[3]

Este artículo presenta información proveniente de una investigación interdisciplinaria mayor que estudió las leyes y políticas laborales chilenas para la mujer confrontándolas con la política de salud pública a lo largo del siglo pasado. Tres equipos de investigadores exploraron las perspectivas legales, psicológicas y de las ciencias de la salud sobre los beneficios que brinda la licencia por maternidad a la salud mental de las mujeres, al equilibrio entre la vida familiar y el trabajo, las ventajas de la lactancia materna para la salud infantil y las condiciones de trabajo de las mujeres. Preguntamos: ¿La preocupación que sustenta la licencia por maternidad tiene que ver con la salud y condiciones laborales de las mujeres o con la morbimortalidad infantil y el bienestar social?

Se llevaron a cabo tres grupos focales con obreras, vendedoras y profesionales, además de sendas entrevistas con informantes clave. Este estudio expone un diálogo entre dos disciplinas – la médica y legal – basado en la literatura que hallamos con palabras clave tales como protección de la maternidad, lactancia materna, mujeres trabajadoras, mortalidad infantil y mortalidad materna. Además examina las políticas ministeriales de los sectores Trabajo y de Salud desde 1910 hasta 2010; la jurisprudencia administrativa y judicial en materia de legislación laboral y derechos de maternidad; así como los debates legislativos sobre trabajo y derechos de maternidad. Nuestro objetivo era utilizar la historia, con ocasión del bicentenario de Chile, para informar sobre el diseño e implementación de políticas a la luz de los debates públicos sobre trabajo, género y salud.

Primeras políticas de seguridad social y de salud sobre guarderías infantiles

A comienzos del Siglo 20 en Chile, debido a la pobreza y el hacinamiento, proliferaban las enfermedades contagiosas, causantes de una alta tasa de mortalidad. La tasa de mortalidad infantil llegó a 250 por 1,000 nacidos vivos, una de las más altas de América Latina, y los niños constituían más del 60% de todos los fallecidos.[4] La atención de salud aún no era de interés público; la mayoría de servicios de salud para los pobres los brindaban organizaciones de caridad, de la iglesia o sin fines de lucro que atendían a niños y madres desnutridos,[5] los que padecían permanentemente de una falta de recursos económicos. Una de esas iniciativas, que funcionó desde 1912 fue *La gota de leche*, institución que brindaba servicios sociales y de salud a niños pobres menores de dos años de edad.[6]

Mientras tanto, la industrialización aumentaba; en Chile, en 1907, el 80% de la fuerza laboral del rubro textil y confecciones eran mujeres.[7] El gobierno alentaba a las mujeres a trabajar pero sin atender los temas de maternidad o cuidado de los hijos, que se consideraban asuntos personales y no un derecho protegido, hasta las sociedades de socorros mutuos de mujeres así los entendían.[4] Solamente una de esas organizaciones apoyaba económicamente a las madres trabajadoras por un periodo de 40 días después del parto, mientras que el gobierno permanecía mayormente al margen, proporcionando solamente leche y alimentos.[8]

Los médicos fomentaban vigorosamente la lactancia materna, e intentaron promover el derecho de los niños a la leche materna con iniciativas educativas y cabildeo legislativo. Las primeras políticas de salud pública y las primeras leyes sociales sobre el cuidado materno infantil fueron resultado de la movilización de la clase obrera contra las malas condiciones de trabajo. [9] En 1917, la legislación chilena exigía que los empleadores proporcionaran a las trabajadoras servicios de guardería remunerados y que destinaran dos periodos de media hora al día para lactancia materna a las madres de niños menores de un año.[10]Si bien los debates legislativos no mostraron mayor preocupación por el bienestar de las mujeres, los beneficios de la lactancia materna para la salud jugaron un papel fundamental en las posteriores políticas y leyes sociales.

Por ley, los centros de trabajo que emplearan a 50 o más mujeres de 18 años de edad y mayores debían contribuir a facilitar la lactancia materna instalando una guardería infantil adyacente a su local.[3]Los empleadores evadieron esta obligación contratando mujeres más jóvenes o menos de 50 mujeres, para evitar llegar al límite establecido en la legislación. En 1931, el primer Código del Trabajo de Chile establecía que todo el que empleara a 20 mujeres o más debía proporcionar a todas las madres

de niños menores de un año, cualquiera que fuera su edad o estado civil, servicios de guardería y dar facilidades para el cuidado infantil y tiempo remunerado para lactancia materna. [11] Los empleadores nuevamente eludieron la ley contratando a menos de 20 mujeres, con el consiguiente efecto de disminuir las oportunidades de trabajo. Sin embargo, para los pediatras, enfermeras y trabajadores sociales que brindaban atención de salud a los niños, era evidente, por ejemplo, el conflicto entre los horarios de trabajo y de lactancia materna. Tal como lo señala en un informe de 1928 *La gota de leche*:

"A pesar de que se ha hecho mucho por fomentar la lactancia materna, lamentablemente debemos admitir que ésta disminuye notablemente con el empleo femenino. El trabajo es el principal culpable pues aleja a las mujeres de sus hogares. Pero también es culpable la pobreza que las obliga a trabajar fuera del hogar con lo cual se genera desnutrición y el agotamiento prematuro de la leche materna. "[8]

En 1929, la Sociedad Chilena de Pediatría imprimió un folleto sobre cuidado infantil para que se repartiera con los certificados de matrimonio: "¡Amamante a su bebé! Todas las madres pueden y deben dar de lactar el mayor tiempo posible.... Los niños tienen derecho a la leche materna y la lactancia materna no perjudica a las mujeres." [9]Con un discurso similar se alentaba a las mujeres a esforzarse por alcanzar un ideal aristocrático de maternidad y se describía a la madre ejemplar. En esos años también se iniciaron las campañas de educación pública y la supervisión de las mujeres que criaban niños.[2]

El Código de Salud consagró la noción del derecho del bebé a la lactancia materna, y fue promulgado en la misma época que el Código del Trabajo. El Código de Salud disponía que la leche materna fuera propiedad exclusiva del lactante. Las madres debían dar de lactar durante cinco meses y abstenerse de amamantar a otros bebés a menos que estuviera médicamente justificado. [12]Esta última restricción intentaba evitar que las mujeres trabajaran como nodrizas de los niños de clase alta y que tuvieran suficiente leche materna para sus propios bebés.

El sistema de seguridad social y la licencia por maternidad remunerada

En 1924 se instituyó un nuevo sistema de seguridad social para enfrentar el conflicto social generalizado, que transformó profundamente el papel legal y social del Estado. . Chile adoptó medidas para encarar las necesidades de salud de los obreros basándose en un modelo alemán de seguridad social, financiado conjuntamente por los empleadores y los trabajadores mediante deducciones en planilla.

La licencia por maternidad remunerada fue una de las demandas de las organizaciones de trabajadores durante el debate sobre el proyecto de ley de seguridad social.[4]Ya en 1920, el senador liberal Malaquías Concha había sustentado ante el Congreso chileno la necesidad de un sistema que protegiera a las trabajadoras antes y después del parto:

"Considerando que la asamblea legislativa aspira a la reproducción y conservación de la población del país, las mujeres no deben trabajar cuatro semanas antes del parto o cuatro semanas después del mismo." [3]

Los legisladores conservadores replicaron que las mujeres podían perfectamente regresar al trabajo diez días después del parto y que no necesitaban protección especial. Otros se resistían a otorgarles demasiados derechos a las mujeres pues temían que al mermar los intereses de los empleadores estos reducirían el empleo femenino.[3]

Chile ratificó el Convenio de Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1925 e instituyó la licencia por maternidad remunerada, de 40 días antes del parto y 20 días después del mismo, aunque el convenio exigía al menos 12 semanas. Los empleadores debían pagar la mitad de las remuneraciones a las beneficiarias quienes no podían ser despedidas mientras durara la licencia por maternidad.[13] El Código del Trabajo de 1931 prolongó esta licencia a seis semanas antes y seis semanas después del parto y reforzó la protección laboral prohibiendo el despido durante el embarazo por menor producción.[11] El despido legal podía darse pero no se podía fundamentar en el embarazo.

En esencia la ley procuraba proteger al feto en desarrollo y al recién nacido, sobre todo

por consideraciones demográficas, pues había un creciente consenso sobre la necesidad de preservar la paz social y promover el aumento de la población y de la fuerza laboral. En otras palabras, las leyes relativas a la licencia por maternidad no se dieron por iniciativa de las mujeres ni para proteger a las mujeres, sino que fueron iniciativa de legisladores que consideraban a las mujeres como víctimas de los excesos del capitalismo.[3]

En la década de 1930 la organización feminista pionera, el Movimiento Pro-Emancipación de las Mujeres de Chile, fue la primera en reconocer la relación que vincula el aborto con la maternidad, la salud y las condiciones de trabajo:

"La sociedad no puede obligar a las mujeres a tener hijos si a ellas no se le dan los medios para alimentarlos ... mientras no hayan mejores condiciones de alimentación y vivienda para las madres trabajadoras y sus hijos, mientras la maternidad siga siendo una maldición para las mujeres y para la sociedad y mientras tantos pequeños seres humanos vayan del vientre a la tumba, seguiremos exigiendo la reforma de la ley sobre el aborto y apoyando a la comunidad médica en este empeño [brindar servicios de planificación familiar]." [14]

En 1939, el Ministro de Salud, Salvador Allende, médico de profesión, también manifestó su preocupación ante las muertes producidas por abortos ilegales y la relación entre la necesidad de trabajar y el aborto como medida de control de la natalidad:

"*Angustiadas por sus salarios inadecuados cientos de madres trabajadoras se lanzan en procura del aborto para evitar que un nuevo hijo disminuya sus ya magros recursos hasta desaparecerlos. Cientos pierden la vida, impulsadas por la angustia de las penurias económicas... La mortalidad materna e infantil son hechos demográficos que se pueden modificar en forma más o menos decisiva pues dependen en gran medida de la atención que reciban madres y niños antes, durante y después del parto."*[15]

Este tipo de preocupaciones se plasmaron en iniciativas aisladas de salud comunitaria para promover la regulación de la fertilidad, pero no condujeron a políticas integrales. [15]

Los nuevos programas de seguridad social proporcionaron cuidados preventivos de salud, incluyendo los servicios de salud materno infantil destinados a asegurar el crecimiento y desarrollo infantil normal.[3] En 1937, una nueva Ley de Salud Materno Infantil daba a los niños menores de dos años el derecho de recibir gratuitamente el suministro de leche, [16] pero solo beneficiaba a la población cubierta por la seguridad social, que representaba menos del 70% de la población total, incluso en 1952.[15] El sistema de seguridad social se basa en la existencia de empleo remunerado, salarios y deducciones. Las mujeres inmersas en el mercado de trabajo informal o que no trabajan bajo el régimen de un contrato de trabajo no tenían derecho a estos beneficios.

Salud materno-infantil y el nuevo Servicio Nacional de Salud

La preocupación por la salud de las mujeres era un tema de creciente importancia en 1950 cuando la Organización Panamericana de la Salud lanzó una nueva iniciativa de salud materno-infantil [15]. En 1952, Chile consolidó políticas sanitarias y prestación de servicios de salud en un nuevo Servicio Nacional de Salud (SNS) marcando un hito para la atención materno-infantil. [17]

La creación del SNS generó el mayor impulso para la promoción y protección de la salud materno-infantil que tuvo Chile desde que se centralizó la atención de salud en un solo organismo, incorporando la atención gratuita para la esposa e hijos menores de 15 años del hombre asegurado. En ese entonces, solo el 52% de los partos eran atendidos por profesionales de la salud (en su mayoría parteras con educación universitaria) llegando esta tasa al 40% o menos en algunas partes del país. [17] El SNS brindaba servicios profesionales en las áreas de atención prenatal, parto, planificación familiar, nutrición y vacunación y el resultado se tradujo en un ascenso en la tasa de partos con asistencia profesional hasta el 74% en 1965 y 81% en 1970[17]. También en 1952 se lanzó un programa para brindar suplementos alimenticios a madres lactantes durante las primeras siete semanas después del parto.[18] La Ley de la Madre y el Niño se convirtió en un paradigma con el cual los especialistas y legisladores

se referían, y algunos aún lo hacen, al binomio madre-hijo haciéndolos indivisibles en lo que respecta a la formulación de políticas.

La licencia por maternidad con goce de sueldo para las mujeres que trabajan se mantuvo en 12 semanas durante más de 30 años. En 1963 el médico y Congresista de derecha, Gustavo Monckeberg, impulsó un proyecto de ley para extender seis semanas la licencia a madres de bebés prematuros. El proyecto de ley, diseñado para prolongar la lactancia materna por el bien de los recién nacidos que necesitaran cuidados especiales, fue aprobada a condición de que fuera un requerimiento médico. La necesidad de que el médico tratante certificara los partos prematuros generó fuertes críticas. Los congresistas de derecha pensaban que los profesionales médicos otorgaban certificados innecesarios. Como respuesta, Salvador Allende, que en aquel entonces era senador, dijo que era un deber ético otorgar los certificados cuando fueran necesarios. Una congresista comunista le recordó al Congreso que las mujeres de la clase trabajadora suelen ser atendidas por parteras y no por doctores lo que presentaba un obstáculo para obtener los certificados que exigía la ley. Fundamentándose en el aspecto de la salud, el congresista Monckeberg propuso en 1964 que los servicios de guardería brindados por el empleador se extendieran hasta que los niños llegaran a los dos años de edad, no necesariamente para lactancia materna, sino para brindar mayores cuidados y nutrición a los bebés. Era consciente de los mayores costos económicos que acarreaba para los empleadores, pero argumentaba que serían compensados moralmente por los beneficios que le daban a la sociedad en su conjunto. Monckeberg manifestaba el discurso de los demócratas cristianos que mezclaban argumentos médicos, sociales y morales para mejorar las condiciones de vida, salud y trabajo.

Paralelamente, las congresistas comunistas propusieron un incremento en la protección laboral para las trabajadoras embarazadas o en lactancia materna, que las cubriera seis meses antes y después del parto. El Ejecutivo y los partidos de derecha se opusieron argumentando que el exceso de protección podría causar que los empleadores dejaran de darles trabajo a las mujeres. En esa época las mujeres que trabajaban y quedaban embarazadas podían ser despedidas por motivos que no fueran su embarazo,[11] y las mujeres casadas debían enfrentar prácticas de contratación discriminatorias a causa de la posibilidad de que quedaran embarazadas. Las representantes sindicales dieron cuenta de avisos de trabajo en fábricas solo para mujeres solteras, como si solo las mujeres casadas tuvieran hijos. Es significativo que el debate legislativo en los años sesenta tendiera a presentar a las trabajadoras como mujeres obligadas a desatender a sus hijos por causa de las dificultades económicas. De hecho, el cuidado de los niños era un problema generalizado; las mujeres dependían de parientas, hermanos mayores y vecinas cuando concluía el periodo de guardería financiado por el empleador. Las mujeres profesionales empleaban domésticas o niñeras cama adentro. Hacia finales de los años sesenta se produjo un debate y un cambio de política del cuidado infantil en el contexto del mundo laboral. Estas políticas pedían que el Estado administrara guarderías públicas para mujeres que no tuvieran acceso a guarderías financiadas por el empleador, sobre todo en aquellos casos en que los empleadores burlaban la ley contratando menos de 20 mujeres. Sin embargo, las mujeres sindicalizadas informaron que el 80% de los empleadores no cumplían sus obligaciones con relación a la guardería.

Mientras tanto, la salud de las mujeres embarazadas, incluyendo a aquellas con embarazos no deseados, se mantuvieron en alto riesgo. En 1965 el aborto ilegal era la causa de más de un tercio de las muertes maternas, que entonces llegaban a 279 muertes por 100,000 nacidos vivos.[17] En este contexto, la guerra fría impulsó a los gobiernos a poner freno a la pobreza, el crecimiento demográfico y la agitación social lo cual facilitó la introducción de políticas de salud para reducir la mortalidad infantil y los abortos ilegales.[19] En 1965, el esfuerzo conjunto de la Asociación Chilena de Protección de la Familia* y del gobierno demócrata cristiano, que estaba en el poder, con un amplio apoyo de la comunidad médica, preparó el terreno para que el SNS desarrollara un innovador programa de planificación familiar.[20] Un estudio publicado

* Afiliado a la Federación Internacional de Planificación de la Familia.

en 1967 mostraba que había un aborto por cada dos partos y que la tasa de muertes causadas por abortos era aún alta. [21,22] Sin embargo, la implementación de las políticas de planificación familiar se fundamentaba en la necesidad de reducir el número de abortos, el alto índice de partos múltiples, y aumentar el espaciamiento de los nacimientos para reducir el número de niños pobres y abandonados. Jamás tuvo el objetivo de liberar a las mujeres de la carga de criar un gran número de niños ni permitir que se desarrollaran como individuos. Por tanto, la planificación familiar no se consideraba un derecho.[23]

Aun así, para 1970, el programa de planificación familiar había reducido las muertes maternas a 168 por 100,000 nacidos vivos y la mortalidad infantil de 120 a 79.3 por 1,000 nacidos vivos. La fertilidad total descendió de 4.7 en 1960 a 3.3 en 1970. Por otra parte, los servicios de atención del parto brindados por personal calificado aumentaron de 74.3% en 1965 a 81.1% en 1970[17]

El gobierno del exministro de salud, Salvador Allende (1970-1973) introdujo políticas de salud reproductiva que ponían un nuevo énfasis en el derecho de las mujeres, alentaban los embarazos planeados y deseados, y brindaban educación sexual en escuelas y centros de atención. [15–24] Los servicios incluían planificación familiar, cuidados antes y después del parto, y prevención del cáncer cervical y la infertilidad.[19] Durante un corto periodo antes del golpe de Estado de 1973 un importante hospital en una zona vulnerable de Santiago brindaba servicios de regulación de la menstruación para pacientes cuyos métodos anticonceptivos habían fallado[19] El criterio de acceso incluía tener muchos hijos y no querer más, ser pobre, y tener motivos terapéuticos para abortar.[25] Se alentaba a las mujeres a inscribirse en el programa de planificación familiar para obtener métodos anticonceptivos reversibles o a someterse a la esterilización voluntaria.

El gobierno de Allende también fortaleció la protección social. Se extendió la licencia por maternidad pagada a 18 semanas para todas las trabajadoras sin importar las necesidades de salud del infante, brindando con ello, en forma efectiva, un derecho universal que no estaba más sujeto a criterio médico.

Retroceso de las reformas bajo la dictadura de Pinochet

La dictadura de Augusto Pinochet (1973-1990) puso fin a la mayoría de las innovadoras políticas y programas de salud de Salvador Allende. Muchos de los proveedores de servicios de salud participantes fueron enjuiciados u obligados a exiliarse. Se interrumpieron abruptamente los programas de regulación de la menstruación y de educación sexual y las organizaciones laborales y de derechos fueron debilitadas significativamente.

En 1975, el Ministerio de Salud restringió los criterios de esterilización voluntaria para mujeres de bajos ingresos que recibían atención de salud en establecimientos públicos. Los nuevos requerimientos incluían tener tres o más hijos vivos, ser mayor de 32 años de edad y contar con el consentimiento del marido o conviviente, [22] introduciendo efectivamente el veto masculino sobre la autonomía reproductiva de las mujeres.[26] La falta de una ley de divorcio hasta el año 2005 creó obstáculos aún mayores. Los hospitales exigían un formulario firmado, pero ¿quién debía firmar? ¿El cónyuge de hecho, el marido, la pareja anterior? Los promotores de la salud de las mujeres comunicaron en 1990 lo problemática que resultaba esta situación. Sin embargo, los hospitales no tenían problema en aceptar cualquier firma masculina para satisfacer los requerimientos; por ejemplo, cuando se le negó la intervención a una viuda, que una de nosotras conocía personalmente, hasta que presentó un formulario firmado por un amigo varón.

Aunque el programa de planificación familiar continuó siendo un programa oficial, un documento de política publicado en 1978 establecía que el crecimiento demográfico era un objetivo nacional, señalando que por lo tanto los chilenos no debían «abusar» de los métodos anticonceptivos.[26] El documento indicaba que los anuncios sobre el control de la natalidad debían ser retirados de los establecimientos de atención de salud, implicando que brindar información generaba la demanda de servicios de planificación familiar. Los promotores de salud informaron anecdóticamente que en algunos casos las mujeres se hacían retirar el DIU cuando iban a sus controles. Esto fue corroborado por una de las autoras (Casas) cuando

expuso una ponencia y un oyente recordó las instrucciones del Ministerio de Salud. Sin embargo, los servicios chilenos de planificación familiar continuaron como siempre, solo que con un perfil más bajo a pesar de los pronunciamientos del gobierno, ya que para entonces las mujeres estaban debidamente informadas sobre el control de la natalidad.[26]

Mientras la dictadura de Pinochet siguió implementando servicios de salud materno-infantil y programas que alentaban la maternidad, existió una doble moral flagrante en materia de derechos, políticas y prácticas laborales. En 1978, el Ministerio de Trabajo recomendó oficialmente a los empleadores que pidieran pruebas de embarazo y certificados de nacimiento antes de contratar mujeres, para evaluar si estaban protegidas por derechos de maternidad. Sin embargo, cuando el país enfrentó una grave crisis económica, tanto el uso de servicios de planificación familiar como el ejercicio de los derechos laborales, de maternidad y de protección fueron catalogados como abusos del sistema.

Finalmente, en 1989, durante los meses finales de su mandato, el régimen de Pinochet eliminó el aborto terapéutico de los códigos legislativos. En 1974, uno de los artífices legales del régimen, catedrático de derecho constitucional y católico ferviente, Jaime Guzmán, intentó infructuosamente introducir una prohibición al aborto en la nueva Constitución propuesta. La Constitución de 1980 sí incluyó una declaración general sobre la protección legal de "los nonatos" mas no un derecho *constitucional* a ser protegidos. Por lo tanto, como se argumentó en 1974, hubo margen para excepciones tales como permitir el aborto en casos de malformación fetal grave o en aquellos casos en que el embarazo fuera resultado de una violación, enfoque que aún hoy en día cuenta con el apoyo de una minoría de expertos constitucionales. La revocación sirvió para impedir futuros cambios durante la transición a la democracia. La historia legislativa revela que un miembro de la Junta Militar temía que Chile siguiera el mismo camino que España, donde el aborto y el divorcio se habían liberalizado con el regreso a la democracia.[25] Desde entonces una frenética oposición por parte de los conservadores morales y políticos ha frustrado todos los intentos de reinstaurar el acceso al aborto, aún en casos donde podría salvar la vida de una mujer.[22]

El gobierno democrático y el derecho de las mujeres a la salud

Desde 1990, la renovación democrática abrió el camino para la formulación de políticas basadas en derechos. Se marcó un hito en 1991 con el Servicio Nacional de la Mujer, una secretaría de rango ministerial que se encarga de una amplia gama de asuntos relacionados con la mujer, incluyendo la salud.[15]

Un nuevo programa de salud para la mujer realizó un esfuerzo concertado para dejar de ver a la mujer solo en términos de su capacidad reproductiva y del binomio madre-hijo. El programa retomó lo promulgado por Allende, particularmente en su Mensaje al Congreso de Septiembre de 1971, donde consideró que el aborto legal era posible, o por lo menos que la descriminalización del aborto terapéutico se prestaba a una lectura más flexible que podría incluir el aborto cuando fallara el control de la natalidad.[26] Sin embargo, la coalición que incluía a los demócrata cristianos no permitió esta lectura, y el gobierno actual tampoco ha apoyado este cambio. El Senado, en marzo y abril de 2012, debatió y votó tres propuestas para modificar la legislación. Se perdió la votación para reinstaurar el aborto terapéutico (15 a favor, 18 en contra), hubo menos apoyo para casos de malformación fetal grave, incluso cuando fuese incompatible con la vida, y aún menos apoyo para abortos en caso de violación.[27] Sin embargo, el hecho de que se abriera el debate legislativo fue en sí mismo más prometedor que intentos anteriores ya que esta vez contó con el apoyo de la Ministra de Trabajo, aunque ello no fuese suficiente.

El programa de salud para la mujer bajo la nueva democracia alegaba que le preocupaba todo el ciclo de vida de las mujeres, lo que significa cuidar a las mujeres desde la adolescencia, a través de su edad reproductiva y después. Sin embargo, hasta el día de hoy se sigue concentrando en la reproducción, vale decir en el embarazo y la lactancia materna. A mediados de los noventa, por ejemplo, las adolescentes solo eran motivo prioritario de preocupación si estaban embarazadas.[15]

Desde 1990 los indicadores de salud fueron mejorando en sintonía con la inversión social. En 1999, por ejemplo, la mortalidad materna disminuyó hasta 22 por 100,000 nacidos vivos y la mortalidad infantil se mantuvo en 10 por 1,000 nacidos vivos.[17]

En 1996 las mujeres constituían un tercio de la fuerza laboral y eran jefas de familia de una cuarta parte de los hogares, pero su trabajo siguió siendo secundario al de los hombres como lo refleja la gran diferencia en salarios, y tendían a realizar trabajos precarios con poca estabilidad, a corto plazo o en el mercado informal con un acceso limitado a puestos directivos.[28] Los sindicatos en los años sesenta exigían que los empleadores cumplan con la ley, pero hacia 2008 los estimados oficiales indicaban que menos del 9% de los empleadores habían sido obligados a financiar o poner en funcionamiento guarderías y que el 36% de los empleadores no cumplían con la ley.[29]

La brecha existente entre los requerimientos de la ley y lo que hicieron en realidad los actores públicos y privados revela las tensiones inherentes a la protección de los derechos de las mujeres que trabajan, la protección de la salud de sus hijos, y las preocupaciones con relación a la autonomía y salud de la mujer. Nuestro examen de la jurisprudencia muestra que los horarios de lactancia materna son poco prácticos para muchas mujeres cuyos bebés no se encuentran en guarderías cercanas, mientras que un estudio del gobierno reveló que muchas mujeres temen ejercer su derecho a la lactancia materna, ya que les puede generar problemas en el trabajo. Esto sin mencionar que las políticas de lactancia materna con frecuencia son la causa de la discriminación contra las mujeres en los centros de trabajo.[30] Sin embargo, las discusiones de los grupos focales de nuestra investigación más amplia revelaron de qué manera las mujeres, provenientes de tres niveles de renta distintos, intentan equilibrar la tensión entre su familia y su trabajo y acuden a las guarderías financiadas por el empleador o por el Estado. Es evidente que el haber mejorado el acceso al cuidado de niños y extendido la licencia por maternidad ha aliviado la carga de las mujeres.

Durante la campaña presidencial de 2009, el candidato de derecha Sebastián Piñera prometió aumentar la licencia por maternidad a 24 semanas si lo elegían. Luego de haber asumido la presidencia, Piñera encargó a un grupo de expertos de alto nivel que estudiara las reformas que busquen extender la lactancia materna y que reduzcan el uso de la licencia por enfermedad como licencia por maternidad de facto. La licencia por maternidad es pagada por el Estado en tanto que la licencia por enfermedad es cubierta por planes de salud públicos o privados. Contrariamente a las intenciones de Piñera, la ley que aprobó el Congreso en 2011 no extendió un beneficio sino que creó un derecho universal. La ley contempla una licencia de maternidad de 12 semanas después del parto y 12 semanas de permiso parental que puede ser tomado por el padre o la madre. Existe un plan de regreso gradual al trabajo con jornadas de medio tiempo para las mujeres que así lo deseen después de la décimosegunda semana que también permite al padre compartir el permiso parental. En cualquier caso, las mujeres pueden permanecer en casa por un total de 24 semanas.[31] Esta licencia parental o de maternidad es pagada con un subsidio cuyo límite es equivalente a 2,000 dólares americanos al mes.

Sin embargo, desde noviembre de 2011, menos del 3% de las mujeres han utilizado el plan de retorno escalonado y solo 23 padres han tomado la licencia parental. [32] Existen múltiples explicaciones, pero la más importante es la representación cultural de quien se ocupa del cuidado de los niños. Las discusiones de los grupos focales con mujeres trabajadoras indicaron que las obreras se sentían incómodas con la idea de que los hombres pudieran hacerse cargo de los bebés, que eran una molestia cuando no ayudaban o, peor aún, en algunos casos también cuando sí lo hacían. Las dependientas de comercio tomaban en cuenta la opción pero confiaban más en que una parienta cuidaría mejor a los niños que el hombre, mientras que las profesionales sí se manifestaban dispuestas al cambio. En un principio el gobierno creó mayor confusión pues la propuesta establecía que el subsidio se calcularía en base al salario de la madre y no del padre, para reducir el gasto social. Pero a pocos hombres y mujeres les interesaba reducir sus ingresos familiares de ese modo.

El objetivo principal de estas reformas sigue siendo la protección de los infantes. El ejemplo más reciente de esto tiene que ver con un programa de prevención de la transmisión del

virus del VIH de madre a hijo, aprobado hace pocos años y que atentaba contra el derecho propio de las mujeres al tratamiento contra el VIH. A finales de los noventa fue necesario recurrir a procesos de interés público para obligar al Ministerio de Salud a brindar tratamientos de VIH a mujeres gestantes y seropositivas además del tratamiento a los infantes, sin interrumpir el tratamiento después del parto.[33]

Conclusión

Aunque las mujeres en Chile han recorrido un largo camino desde principios del siglo pasado, fue solo durante el gobierno de Salvador Allende y en las últimas dos décadas que el discurso social chileno ha consagrado a las mujeres como titulares del derecho a la salud. Anteriormente, las mujeres recibían servicios de salud y se les reconocían sus derechos solo en la medida en que se mostraran conforme a lo que se esperaba de ellas según las nociones sociales de mujeres y madres, supervisadas por la comunidad médica en su rol de cuidadoras, y educadas como tales.

El trabajo femenino era y es percibido como un obstáculo para la maternidad. Hace un siglo, cuando las mujeres y sus hijos eran vistos como víctimas que necesitan ser protegidos del capitalismo salvaje, los católicos sociales, conservadores y sindicatos reforzaban los roles de género tradicionales mientras los profesionales médicos, preocupados por la salud del infante, desalentaban el trabajo remunerado.

Un siglo más tarde, las mujeres chilenas con trabajo remunerado siguen pagando un alto costo si tienen hijos porque las políticas sociales y económicas no ayudan a las mujeres a lograr un equilibrio entre las obligaciones familiares y laborales ni les alivia el costo de salud mental que conlleva la doble tarea. El discurso político predominante exalta el bienestar familiar pero esconde los problemas de salud que deben afrontar las mujeres. Para que las políticas sean efectivas, deberán estar más en sintonía con los asuntos reales que las mujeres deben enfrentar en su vida diaria. Si bien la extensión de la licencia por maternidad alivia la tensión de las mujeres que desean cuidar a sus bebés, el paso siguiente lo constituyen las guarderías. La presidenta Bachelet hizo un gran trabajo al incrementar la dotación de guarderías a cargo del Estado para madres trabajadoras de escasos recursos, pero las mujeres de clase media se ven atrapadas ya que no necesariamente cuentan con estos beneficios.

Si bien el discurso médico ha tenido un peso importante durante el último siglo, su rol central ha decaído al prevalecer las consideraciones económicas en la agenda de políticas sociales. El lenguaje basado en derechos se ha convertido en un elemento fijo de los pronunciamientos políticos, pero a veces pareciera que las palabras son más importantes que los hechos. Un debate reciente sobre la licencia por maternidad extendida, en 2011, condujo a una revitalización del discurso basado en derechos en el que participaron grupos de mujeres, sindicatos y la comunidad médica, todos juntos aunque no siempre compartiendo los mismos objetivos. La gestión actual del presidente Sebastián Piñera inició el debate legislativo para cumplir con el compromiso adquirido durante la campaña presidencial, pero cuando hubo que formular la política esta fue enmarcada como un beneficio y no como un derecho social. Fueron necesarios muchos argumentos para que el gobierno se diera cuenta de que la propuesta de corresponsabilizar al hombre y a la mujer en el cuidado de los niños era un avance, mientras que un subsidio basado en los ingresos de las mujeres tendría el resultado opuesto. El gobierno no parecía estar al tanto de que las mujeres ganan menos, o de lo contrario el discurso no fue sincero, y no estaban dispuestos a brindar el financiamiento necesario. Finalmente, el gobierno tuvo que aceptar que la licencia por maternidad es un derecho social contemplado por el sistema de seguridad social establecido hace 100 años.

Las políticas chilenas siguen conteniendo muchas tensiones que aún no han sido resueltas en esta problemática. Chile promueve la maternidad, pero con frecuencia considera que las mujeres que exigen dicha protección abusan del sistema. Los proveedores de seguros de salud privados, por ejemplo, penalizan a las mujeres en edad reproductiva cobrándoles primas más altas que a los hombres. La maternidad es una varita mágica que exalta la generosa entrega de las mujeres, pero la sociedad tiende un manto de recelo cuando ellas quieren ejercer sus derechos de maternidad y decidir el número de hijos y su espaciamiento.

Referencias

1. Eren O. Continuation of the ILO principles in the 21st century through the compliance pull of core labor rights. Journal of Workplace Rights 2008;13(3): 303–05.
2. Pieper Mooney JE. The Politics of Motherhood: Maternity and Women's Rights in Twentieth-Century Chile. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press; 2009.
3. Hutchison E. Mujeres, trabajo y maternidad: género y consenso legislativo. Labores propias de su sexo. Género, políticas y trabajo en el Chile urbano, 1900–1930. Santiago: LOM; 2006.
4. Molina Bustos CA. Institucionalidad sanitaria chilena 1889–1989. Santiago: LOM; 2010.
5. Jiménez de la Jara J. Política y organizaciones de salud en Chile: reflexiones históricas. Revista Ars Medica 2001;3(5):53–64.
6. Vargas Catalán N. Historia de la Pediatría chilena: crónica de una alegría. Santiago: Editorial Universitaria; 2002.
7. Godoy L, Díaz X, Mauro A. Imágenes sobre el trabajo femenino en Chile. Universum 2009;24(2): 74–93.
8. Illanes MA. La revolución solidaria. La Sociedad de Socorros Mutuos de artesanos y obreros: Un proyecto popular democrático, 1840–1887. Polis: Revista académica de la Universidad Bolivariana 2003;5. At: http://www.revistapolis.cl/5/illa.htm.
9. Schonhaut L. Cartilla de puericultura de la Sociedad Chilena de Pediatría. Revista Chilena Pediatrica 2008;79(1):85–89. Originally published in Revista Chilena Pediatrica 1930;1(4):213–16.
10. Chile. Ley de Sala Cuna. 1917.
11. Chile. Código del Trabajo. 1931.
12. Chile. Código Sanitario. 1931.
13. Chile. Ley de Descanso Maternal. 1925.
14. Rojas Mira C. Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile. Estudios Avanzados 2009;11:7–27.
15. Faúndez A. Género, salud y políticas públicas. Del binomio madre-hijo a la mujer integral. Santiago: Universidad de Chile; 1996.
16. Huneeus C, Lanas MP. Ciencia política e historia. Eduardo Cruz-Coke y el estado de bienestar en Chile, 1937–1938. Revista Historia (Talca) 2002;35:151–86.
17. Szot Meza J. Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960–2000. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2002;67(2): 129–35.
18. Chile. Ley de la madre y del niño. 1952.
19. Faúndes A, Barzelatto J. El drama del aborto. En busca de un consenso. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 2005.
20. Jiles X. De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile. Santiago: Corporación de Salud y Políticas Sociales; 1992.
21. Rojas Mira C. Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile. Estudios Avanzados 2009;11:7–27.
22. Shepard B, Casas L. Abortion policies and practices in Chile: ambiguities and dilemmas. Reproductive Health Matters 2007;30(15):202–10.
23. Rojas C. Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático. www.debatefeminista. com/PDF/Articulos/histor1201.pdf.
24. Casas L, Ahumada C. Teenage sexuality and rights in Chile: from denial to punishment. Reproductive Health Matters 2009;17(34):88–99.
25. Casas L. Aborto y derechos humanos. In: Benítez J, editor. Los otros derechos: Derechos del Bicentenario. Santiago: Universidad Arcis; 2009. p.53–79.
26. Casas L. Mujeres y reproducción ¿Del control a la autonomía? Santiago: Centro de Investigaciones Jurídicas. Facultad de Derecho. Universidad Diego Portales; 2004.
27. Centro de Derechos Humanos, Los derechos humanos de las mujeres. In: Informe Anual de Derechos Humanos 2012; Santiago: Universidad Diego Portales, in press.
28. Cruz L. Mujer y trabajo. Santiago: Centro de estudios y asesorías laborales y sindicales; 1997.
29. Díaz, E y Mella, P. ENCLA 2008. Inequidades y brechas de género. Informe de Resultados. Santiago: Dirección del Trabajo; 2009. www.dt.gob.cl/documentacion/1612/ articles-97629_recurso_1.pdf.
30. Riquelme V. ¿La maternidad castigada? Discriminación y malos tratos: Aporte al debate. No. 25. Santiago: Dirección del Trabajo, Departamento de Estudios, diciembre 2011. www.dt.gob.cl/1601/articles-100046_recurso_1.pdf.
31. Chile. Ley 20.545. Modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental. 2011. At: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1030936.
32. Superintendencia de Seguridad Social. Subsidios de permiso postnatal. www.suseso.gob.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp?boton=Doc205&targInstanciaId=205&targCarpetaId=621&targTreeNodosAbiertos=(0)(341)(621)&targTreeNodoSel=621&targTreeNodoActual=621&targRegistroId=2618.
33. Contesse J, Lovera D. Access to medical treatment for people living with HIV/AIDS: success without victory in Chile. Sur Revista Internacional de Direitos Humanos 2008;5(8):143–58. www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/en_v5n8a08.pdf.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2012 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2012;20(39):155-163
0968-8080/12 $ – see front matter
DOI: 10.1016/S0968-8080(12)39601-8

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

El papel de las demoras en la atención de la mortalidad y morbilidad materna graves: una ampliación del marco conceptual

Rodolfo Carvalho Pacagnella,[a] Jose Guilherme Cecatti,[b] Maria Jose Osis, [c]. João Paulo Souza, [d]

a Estudiante de PhD , Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas; y profesor adjunto, Departamento de Medicina, Universidad Federal de São Carlos, Brasil
b Profesor titular de Obstetricia, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas; y presidente del Centro de Estudios de Salud Reproductiva de Campinas (Cemicamp), Campinas, Brasil. Correspondencia: cecatti@unicamp.br
c Catedrático, Programa de postgrado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas; e Investigador Sénior, Centro de Estudios de Salud Reproductiva de Campinas (Cemicamp), Campinas, Brasil
d Oficial Médico, PNUD/UNFPA/OMS/ Programa Especial de Investigación del Banco Mundial, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana, Departamento de Investigación sobre Salud Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Resumen: *Desde mediados de la década de los ochenta, la mortalidad materna ha ido adquiriendo importancia en las áreas de investigación y políticas. Thaddeus y Maine reconocieron temprano que el tratamiento oportuno y adecuado de las complicaciones obstétricas es un factor importante para disminuir las tasas de muertes maternas. Su trabajo ofreció un nuevo enfoque para examinar la mortalidad materna, utilizando un marco de tres fases para entender las brechas en el acceso al manejo adecuado de emergencias obstétricas: fase I – demora por parte de la mujer y/o su familia en decidirse a buscar atención médica; fase II – demora en llegar a una unidad de salud adecuada; y fase III – demora en recibir atención adecuada en esa unidad. Recientemente, se han realizado esfuerzos por fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para identificar más rápidamente las complicaciones que causan muertes maternas. En este artículo se muestra que la combinación del marco de las "tres demoras" con el enfoque del análisis de los "casi pérdida" y el uso de una variedad de métodos para la recopilación de información, puede ser otro medio de reconocer un evento crítico en torno al parto. Este enfoque puede ser una herramienta eficaz para que encargados de formular políticas y gerentes de salud puedan garantizar los principios de los derechos humanos en el contexto de los servicios de salud materna, al destacar las debilidades de los sistemas y los servicios obstétricos.* © 2013 edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras Clave: morbilidad y mortalidad materna, modelo de las "tres demoras", episodio de "casi pérdida", atención obstétrica de emergencia.

A mediados de los años 80, Rosenfield y Maine argumentaron que la mortalidad materna requería atención tanto del área de investigación como del área de diseño de políticas. Se dieron cuenta de que, a pesar de ser una de las principales causas de muerte evitable en mujeres en edad reproductiva, la mortalidad materna había recibido poca atención de los profesionales de la salud, de los políticos y de los encargados de formular políticas. Posteriormente, un

movimiento para reducir la mortalidad materna impulsó la creación de la Iniciativa de Maternidad Segura de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que fue lanzada en Nairobi, en 1987.[2]

Esta iniciativa constituyó un esfuerzo para llamar la atención del mundo sobre el tema del bienestar de las mujeres y sobre las muertes relacionadas con el embarazo y el final del embarazo. Durante los últimos 25 años, la salud de las mujeres ha mejorado en muchos países pero las estadísticas globales muestran que las principales causas de la mayoría de muertes maternas en los países en desarrollo siguen siendo las mismas que hace 100 años; es decir, causas directamente obstétricas: hemorragias, sepsis, complicaciones de aborto, trastornos de hipertensión, obstrucción del parto, ruptura del útero y embarazos ectópicos.

La mortalidad materna está estrechamente ligada a los estándares de la atención obstétrica.[2,3] Revisando los estudios sobre mortalidad materna y el uso de los servicios de salud, Thaddeus y Maine [4] observaron que muchas mujeres embarazadas llegan a los establecimientos de salud en tan malas condiciones que ya no se las puede salvar, y que el tiempo que se tarda en proporcionarles los cuidados necesarios es el factor crucial en su fallecimiento. A partir de estas observaciones se desarrolló el "modelo de las tres demoras".

La diferencia que existe actualmente en la razón de mortalidad materna (RMM) entre los países de altos ingresos y los países de bajos ingresos se debe en general a las diferencias en la gestión del tiempo cuando hay complicaciones obstétricas. Para reducir el número de muertes maternas no basta con mejorar la atención médica de las emergencias obstétricas en los establecimientos [5,6], también hay que reducir el intervalo entre la aparición de la complicación y su manejo en todos los contextos. Sin embargo, han surgido dificultades metodológicas para adoptar este enfoque a causa del número relativamente bajo de muertes maternas en cualquier zona geográfica. Dicha situación ha mejorado desde que se han identificado y estudiado los *near miss* maternos. [7,8]

Este artículo presenta una reseña y una discusión conceptual sobre el marco de "las tres demoras" basada en nuevos enfoques metodológicos sobre morbilidad y mortalidad materna. Revisamos exhaustivamente la literatura sobre demoras en la atención obstétrica desde 1980 hasta 2011 usando como palabras clave: "tres demoras", factores de tiempo, obstetricia, atención obstétrica, aceptación de la atención médica por parte de la paciente, accesibilidad a los servicios médicos, prestación de servicios de salud, calidad de los servicios de salud, mortalidad materna, morbilidad materna, resultados del embarazo y términos relacionados en Pubmed, ISI, SciELO, EMBASE, Google Scholar y WHOLIS library. No excluimos ningún tipo de artículo o idioma.

El marco conceptual

En 1990, Thaddeus y Maine [4] propiciaron el primer cambio de enfoque sobre la mortalidad materna al enfatizar la paradoja aparente en las inversiones de salud pública: no se conoce aún una prevención primaria para la mayoría de las complicaciones obstétricas causantes de muerte, al mismo tiempo que la atención médica primaria no logra reducir la mortalidad materna. Sugirieron que el tiempo, desde la aparición de una complicación hasta su desenlace, debe ser la única medida utilizada para enfrentar las complicaciones maternas.

Estudios realizados en el marco de la Iniciativa de Maternidad Segura [2] concluyeron que no hay relación entre las complicaciones obstétricas y cualquier característica demográfica, factor de riesgo conductual o complicación antenatal.[9] Otros estudios revelaron que el monitoreo, por abundante que sea, no puede detectar si una mujer tiene una alta probabilidad de necesitar cuidados obstétricos de emergencia[10] ni que el hecho de mejorar las condiciones de vida reduzca la mortalidad materna.[3] Por consiguiente, las acciones para reducir la mortalidad materna deben ser consideradas como prevención secundaria.[11]

Si bien muchas de las mujeres que desarrollan complicaciones presentan uno o más factores de riesgo detectables, la mayoría de mujeres que comparten estos factores de riesgo no tienen problemas serios. Es más, en números absolutos las complicaciones durante el embarazo y el parto pueden presentarse aun en las mejores condiciones. Una gran proporción de las complicaciones graves se presentan en mujeres que no tienen un factor de riesgo reconocible en absoluto.[1,12]

El intervalo promedio entre la aparición de una complicación obstétrica mayor y la muerte tiene un rango de 2 a 5.7 horas en caso de hemorragia posparto y de 3.4 a 6 días en casos de sepsis.[2, 13] Por lo tanto, cuanto más rápido se identifica y trata el problema, mayores son las probabilidades de frenar el avance del problema.

Thaddeus y Maine utilizaron el concepto de las "demoras" entre la aparición de una complicación y su tratamiento y resolución adecuados, para vincular factores tan diversos como la distancia, la autonomía de las mujeres y la asistencia médica. Esto brinda un marco de trabajo claro para el estudio de las muertes maternas más allá de las causas médicas, al combinar en un solo marco las secuencias causales de origen social y conductual relacionadas con el hogar, la comunidad y el sistema de salud, que trascienden la información clínica o demográfica. [14]

Las demoras son secuenciales e interrelacionadas: fase I, demora en la decisión de buscar ayuda por parte de la mujer y/o su familia; fase II, demora en llegar al establecimiento de salud adecuado; y fase III, demora en recibir el cuidado adecuado en ese establecimiento. La mayoría de las muertes maternas no pueden ser atribuidas a una sola demora; generalmente lo que lleva finalmente a la muerte de la mujer es una combinación de factores.

Fase I

Esta demora es causada generalmente por limitaciones en el entendimiento de lo que implica la atención médica, incluyendo:

"*barreras en el medio socio-cultural que determinan los valores, creencias y actitudes; en las condiciones socioeconómicas que determinan el acceso al dinero y la información; en el medio geográfico que determina la accesibilidad física; en la situación económica que determina el costo de los servicios; y en el contexto institucional que determina el alcance, la organización de los servicios médicos y la calidad del servicio*".[4]

La demora en procurar atención es causal de que un gran número de mujeres lleguen a los establecimientos en malas condiciones clínicas. [15-18]. Este puede ser el evento más complejo de resolver en la cadena de cuidados obstétricos ya que incluye el concepto de acceso y el fenómeno conductual. [19] Las barreras más ligadas al comportamiento de búsqueda de atención son las de status económico, [18] distancia del establecimiento, [20] nivel educativo, autonomía de la mujer, [21, 22], reconocimiento de la dolencia, [17, 23], etiología [20], gravedad de los síntomas [15, 19, 22] y conocimiento y actitudes sobre el uso del sistema de salud. [18,24, 25].

Dado que la toma de decisiones es un comportamiento complejo relacionado con la percepción de las necesidades, que a su vez depende de la interacción entre las particularidades individuales, las características y la exposición a condiciones sociales, culturales y económicas, la recopilación de esta información requiere un enfoque amplio, [19, 26]. Por ejemplo, el uso de sistemas de cuidado prenatal parece incrementar el uso de servicios obstétricos de emergencia, del mismo modo que la falta de cuidados prenatales está asociado con demoras que causan resultados maternos negativos. [2]

Debido a la complejidad de las necesidades médicas, Rodríguez Villamizar y sus colegas [28] agregaron una demora adicional para monitorear el problema de la mortalidad materna. Hicieron que la primera demora fuera la del reconocimiento del problema, seguida de la oportuna decisión de buscar atención y tomar acción. En Afganistán, Hirose *et al* propusieron una subdivisión distinta de la fase I, en la que dividían el tiempo que lleva tomar la decisión de buscar atención y el tiempo que tomaba salir a buscarla, el cual es menor cuando las mujeres tienen acceso adecuado a grupos sociales que las apoyan. [20] Por lo tanto la fase I puede ser el resultado de tres componentes distintos: la demora en el reconocimiento, la demora en la toma de la decisión y la demora en salir a buscar ayuda, lo cual refleja la complejidad del problema.

Fase II

La dificultad que conlleva el llegar a un establecimiento puede desalentar a la mujer de buscar atención. Aun cuando haya decidido buscar atención oportunamente, puede encontrarse con obstáculos tales como la falta de transporte o una distancia excesiva hasta el establecimiento.[23]

La demora de la fase II es generalmente resultado de la falta de accesibilidad a los servicios de salud. Las barreras económicas, organizativas y socioculturales controlan el uso de los servicios. [29] El acceso será influenciado por la distribución de los establecimientos de salud, la distancia, el transporte y los costos. Las mujeres que terminan teniendo resultados maternos negativos viajan distancias mayores, pasan por un mayor número de establecimientos y llegan al establecimiento adecuado más tarde. [13]

Vivir en un pueblo, o en lugares remotos sin transporte disponible, son condiciones asociadas a la demora de la fase II [13,25]. Aun en países desarrollados sin problemas de transporte, las distancias geográficas están asociadas con mayor frecuencia a resultados negativos del embarazo.[30]

Sin embargo, algunos autores argumentan que no existe una "ventaja urbana" ya que a pesar de encontrarse más cerca de los servicios, el acceso de los ciudadanos urbanos de bajos recursos a la atención médica no es mejor que el acceso que tienen los ciudadanos rurales de bajos recursos. [31] El costo y la pobreza cumplen un papel central en el acceso a los establecimientos [15]. Muchas mujeres cuando deciden buscar atención médica tienen dificultades para financiar el transporte, debido a la falta de autonomía o a carencias económicas.[21,25,32].

Aun cuando tengan dinero para pagar el transporte es posible que no encuentren alguno disponible [21] o que tengan que buscar ayuda en caminos inseguros de noche.[25] Los medios de transporte utilizados incluyen: caminar, tomar taxis o camiones de mercado, o ser llevada en una carreta o en una hamaca sujetada con palos. [21,25].

Llegar a un establecimiento adecuado puede demorar entre 10 minutos y un día entero, [25] pero generalmente demora más de una hora. [17] Das descubrió que las mujeres que llegan a los hospitales dentro de un plazo de cuatro horas luego de haber decidido buscar atención, tienen mayores probabilidades de lograr un resultado positivo que aquellas que llegan dentro de un plazo de ocho horas. [21]

El lugar de derivación también influye en el tiempo que toma llegar a un establecimiento. Las mujeres que fueron derivadas desde su propia casa demoraron más en llegar al establecimiento que las que fueron derivadas desde un centro de partos. [17] La mayoría de las mujeres que han tenido un parto hospitalario, especialmente en países africanos, no fueron derivadas por profesionales de la salud sino que se acercaron por decisión propia. [25,33]. En parte, esto refleja su falta de confianza en cuidados de menor nivel y ocasiona congestión en los hospitales [33]. Sin embargo, aun cuando son derivadas por otro establecimiento, sea una clínica rural o un establecimiento sin facilidades obstétricas de emergencia, las mujeres llegan en condiciones clínicas graves. [25] Las razones son, entre otras: deficiencias estructurales y de proceso - derivación tardía, el alto costo de la atención obstétrica de emergencia y la falta de transporte público. [34]

Las deficiencias del sistema de derivación hacen que la paciente sea enviada de un establecimiento a otro, [13, 33] cuando los establecimientos no tienen la capacidad de atender complicaciones obstétricas [35] o no cuentan con personal de salud capacitado. El número de derivaciones a otros centros, antes que una mujer llegue a un establecimiento adecuado afecta su probabilidad de supervivencia. Por este motivo, es necesario que tanto el establecimiento que deriva como el establecimiento receptor cumplan con las guías y protocolos de derivación, a fin de reducir la disparidad entre la "pirámide de derivación" teórico-jerárquica y las prácticas reales. [33]

Si bien es cierto que puede haber otros factores que ocasionan las demoras para llegar a un establecimiento, tales como la falta de una red social de apoyo, [13, 16, 20, 22, 32] parece que el problema real para acceder a los servicios de salud es fundamentalmente la inequidad. [31]

Fase III

El efecto acumulativo de las demoras en las fases I y II contribuye a que aumente el número de mujeres que llegan a los establecimientos en condiciones graves. [25, 34, 36]. Algunas nunca llegan al hospital, [22, 33] y aun si lo logran, es posible que el tratamiento que le den no sea exitoso.[1]

Otros estudios han documentado más causas para que un tratamiento sea inadecuado. Entre ellas se incluyen: la carencia crónica de personal capacitado y de suministros esencia-

les; [1] que tarde más de 30 minutos el intervalo que va desde que se decide llevar a cabo una cirugía de emergencia y el momento en que se inicia la cirugía;[37] demoras en comenzar el tratamiento adecuado cuando la gestante llega al establecimiento; [35] y por último, desabastecimiento de productos sanguíneos, personal que carece de conocimientos técnicos , y actitudes hostiles para con las pacientes, causados por escasez de fondos. [16, 18, 24,32]

Algunos establecimientos que brindan atención obstétrica integral de emergencia reciben un gran número de casos de mujeres en graves condiciones, pero a menudo no cuentan con políticas claras que establezcan en qué consiste un tratamiento adecuado para los trastornos que pueden poner en riesgo sus vidas [37]. En países de bajos recursos la mala calidad de la atención que se brinda, incluso en establecimientos terciarios, [38] contribuye a la mortalidad materna ya sea directamente (porque sus estándares de atención de emergencia están por debajo del nivel óptimo) e indirectamente (porque impiden el uso del servicio de salud). [39] La mala calidad de los servicios influye a su vez en la toma de decisiones de las mujeres y reduce la posibilidad de una atención oportuna. [17]

Utilización reciente del marco de las tres demoras y el enfoque de la "casi pérdida"

El modelo de las tres demoras apareció primero en un folleto y en un boletín y luego fue publicado en *Social Science & Medicine* en 1994. [4,12] Se ha utilizado a menudo para estudiar las principales causas de mortalidad materna, desde el momento que aparece una complicación. Un breve análisis de las citas del modelo incluido en la *ISI Web of Science* muestra un incremento en el uso de este marco conceptual, especialmente desde 2004-2005. En ese mismo periodo se ha observado un aumento similar en el número de publicaciones que citan este texto, tratan sobre morbilidad materna grave y eventos de *casi pérdida*, lo que indica un uso simultáneo de ambos conceptos para entender los resultados maternos adversos.

Este aumento del interés puede deberse en parte a otro cambio de enfoque en el estudio de la mortalidad materna; es decir, estudios en mujeres que han sobrevivido a complicaciones severas durante su embarazo, ya sea por suerte o por haber recibido atención hospitalaria oportuna y adecuada. Estos casos son conocidos ahora como casos de "casi pérdida". Este grupo a menudo tiene muchas características en común con mujeres que han muerto a causa de complicaciones obstétricas, [40,41] los mismos caminos y dificultades para afrontar los costos de la atención, el transporte y el manejo de las complicaciones. [15,16,18-20,25,34,35,42,43]

Otros estudios han definido los *casi pérdida* como el resultado de la falla de algún órgano, cuando aparece una disfunción importante en este. La Organización Mundial de la Salud proporcionó una definición operativa de esta situación en el año 2009.[8] Los *casi pérdida* constituyen un modelo sustitutivo para la mortalidad materna y brindan un número mayor de casos para analizar que resultan más aceptables que las muertes maternas para las personas e instituciones. [7,8,16].

Es más, las mujeres pueden proporcionar información después del evento, incluyendo las dificultades que tuvieron que enfrentar para recibir un tratamiento obstétrico a tiempo [18], información que las familias de las mujeres que murieron no siempre están en condiciones de proporcionar. [15,18,44] En efecto, algunos autores sugieren que la información sobre eventos de *casi pérdida* materno podría ser clave para mejorar la calidad del servicio. [19.25]

El gran número de mujeres que llegan en mal estado a los establecimientos de derivación [19, 34] puede considerarse como un indicador de la efectividad de las derivaciones de emergencia, mientras que el número de *casi pérdidas* puede ser un indicador del desempeño de los servicios obstétricos. [34] Por lo tanto, usar el marco de las "tres demoras" puede mejorar el monitoreo del funcionamiento del sistema de salud y contribuir a superar los vacíos en los cuidados obstétricos.

Recopilación de Datos

Los métodos para recopilar información sobre las demoras van desde autopsias verbales y el análisis profundo de un pequeño número de casos, hasta una evaluación más sistemática de los casos. [14,41] La evaluación sistemática es el método recomendado para examinar las muertes maternas, pero estudios recientes de pacientes con *casi pérdidas* permite un mayor

uso de entrevistas profundas a las sobrevivientes de morbilidad materna grave.

Estos han demostrado ser una herramienta potente para identificar las limitaciones de la atención médica y entender cómo experimentan las mujeres la atención obstétrica que reciben. [18] También se puede usar para identificar y evitar que los factores de cuidados estén por debajo del promedio y para analizar los obstáculos que impiden la prevención primaria o secundaria. [43] En suma, brindan una información de calidad razonable para la evaluación de los programas de salud materna y del funcionamiento del sistema de salud.

Intervenciones basadas en el marco conceptual

El reconocimiento deficiente de un trastorno clínico es uno de los factores que causan la demora en buscar atención. Por lo tanto algunos autores han recomendado que se imparta educación sanitaria para comunidades y familias con el fin de ayudarlos a reconocer las señales de alarma que delatan condiciones que pueden poner en riesgo la vida durante el embarazo, tales como la hemorragia preparto, la hemorragia posparto y la eclampsia. [13,17] Sin embargo, también puede darse un reconocimiento deficiente en los establecimientos de salud donde los trabajadores no están en condiciones de brindar un diagnóstico adecuado y una derivación oportuna. La capacitación, evaluación y retroalimentación médica pueden mejorar la habilidad del personal médico para enfrentar emergencias.

Se están desarrollando nuevas herramientas para evaluar las señales y síntomas de la morbilidad materna severa a fin de que se reconozcan pronta y adecuadamente las condiciones graves.[45] También se están probando muchas otras intervenciones para reducir las demoras, sin embargo aún se debe evaluar si se pueden masificar exitosamente, y cuánto aportan a la disminución de la mortalidad materna. Estas intervenciones incluyen:

- Pagos ocasionales para cubrir los costos de transporte al hospital, [32, 46]
- Políticas de cambio de tareas en las cuales se capacita a personal clínico no-médico para llevar a cabo una parte importante de los procedimientos obstétricos de emergencia con resultados postoperatorios similares a los de los médicos, tal como se hace en programas de Mozambique, Tanzania, Malawi e India. [47,48]
- El uso de radioteléfonos o sistemas de comunicación radial VHF a energía solar, los cuales han reducido la necesidad de transporte y han mejorado la comunicación y el acceso a información e indicaciones entre el médico general, las parteras tradicionales, las pacientes, y los servicios médicos, por ejemplo.[9]
- El uso de sistemas de información geográfica, diseñados para trabajar con todo tipo de datos de referencia geográficos e identificar las dificultades geográficas que existen para llegar a la atención obstétrica de emergencia. [50]
- Mejoras en el sistema de derivación, tales como las casas de espera materna y la creación de "divisiones funcionales" en los hospitales de derivación para mejorar los sistemas regionales y nacionales de derivación. [33, 51, 52].

Otros avances en el marco teórico de las tres demoras

La demora de la "fase cuatro"

A veces, sobrevivir a una condición crítica puede generar otras complicaciones, o consecuencias negativas para la mujer y su familia. La probabilidad de desarrollar otros trastornos clínicos graves y hasta de morir poco después del primer evento es más alta entre las gestantes que en la población en general. [53,54] Una mujer puede sufrir trastornos clínicos crónicos agudos como consecuencia de una enfermedad latente o a raíz de las intervenciones que salvaron su vida; como, por ejemplo, contagio de una enfermedad infecciosa como la hepatitis a causa de una transfusión de sangre o de una cirugía, o de problemas obstétricos persistentes. También es posible que sufra de problemas psicológicos causados por la experiencia que ha vivido.

Adicionalmente la carga económica de la atención médica de emergencia puede hacer que no solo ella, sino toda su familia, eviten volver a buscar atención para ese tipo de problemas. Aunque la mejora de la salud materna es un requisito para el desarrollo y la reducción de la pobreza, en algunos lugares, la supervivencia de un evento de *casi pérdida* puede perpetuar la pobreza. Los costos de

la atención médica, transporte, medicamentos y otros suministros médicos pueden tener un impacto enorme en los presupuestos familiares durante mucho tiempo. [55] Las repercusiones de sobrevivir a complicaciones graves de embarazo no han sido aún exploradas a fondo y se necesitan mayores estudios.

Limitaciones del modelo de las tres demoras

Aunque el modelo de las tres demoras es un marco ampliamente usado en los estudios de mortalidad materna, se refiere solo a la atención obstétrica de emergencia y no incluye las oportunidades perdidas para una prevención primaria, o la pronta detección de complicaciones en el embarazo durante el cuidado prenatal. [15, 56]. Aunque insuficiente, el papel de los programas preventivos es también muy importante para prevenir y tratar la morbilidad materna que puede o no ser causal de muerte.[1]

El propósito fundamental de este marco teórico es llamar la atención hacia las dificultades que enfrentan las mujeres para llegar a una atención obstétrica adecuada. No es un modelo lineal; funciona solo de modo retrospectivo y no crea la oportunidad para mejorar la atención de una mujer específica. Este marco necesita ser repensado con un enfoque que tenga una visión de futuro como, por ejemplo, un sistema de supervisión para identificar y manejar los factores que pudieran desencadenar un resultado negativo. Incluso así, las mejoras en el sistema de salud se pueden identificar e implementar aun después del hecho.

Consideraciones finales

Para evitar la mortalidad materna y los casos de *casi pérdidas*, los esfuerzos se deben dirigir a reducir los casos de embarazos no deseados y las probabilidades de que una mujer embarazada sufra una complicación evitable y grave durante el embarazo o el parto (por ej. tratando la anemia grave o malaria durante los primeros meses de embarazo, o brindando abortos seguros), y mejorar los resultados para las mujeres una vez que las complicaciones se presentan. Sin embargo, la reducción de la mortalidad materna ha sido más lenta de lo esperado. [57]

El modelo de Thaddeus y Maine es una herramienta poderosa, pero es un modelo explicativo y no brinda una comprensión completa del fenómeno de las muertes maternas. La información sobre los factores que generan mortalidad materna es muy valiosa para los planificadores y gerentes de salud pues les permitirá cambiar y reducir "el camino hacia la muerte". El uso del marco de las "tres demoras" por parte de comités de mortalidad materna se ha expandido y los vacíos en los sistemas de salud se han hecho más evidentes. [28,35]. Ha mejorado la visibilidad de los problemas para los gerentes, ha mostrado dónde se encuentran las responsabilidades, la falta de provisión de cuidados sexuales y reproductivos necesarios, y ha fomentado las exigencias de la población para lograr una sociedad más equitativa. Uno de los puntos más fuertes de este marco es que muestra los vacíos en garantizar el respeto de los derechos humanos.

Pero no se incluyen muchos aspectos cruciales del problema. Uno es la falta de poder que tienen las mujeres cuyo nivel social general es bajo. Las demoras pueden ser el resultado de una actitud displicente por parte de los miembros de la familia, los proveedores, los formuladores de políticas y del sistema político y económico que pone los medicamentos y equipos para salvar vidas esenciales fuera del alcance de quienes los necesitan. Estas son violaciones a los derechos humanos y son resultado de inequidad, pobreza y discriminación de género. [58]

El otro aspecto es la importancia de la voluntad y la acción política. Enfatizar el riesgo agregado de morir que encara una mujer que sobrevive un evento grave durante el embarazo, y la terrible deuda que deben enfrentar algunas familias, haya o no sobrevivido la mujer, puede ayudar a comprender la falta de atención universal a los derechos entre los cuales están inmersos los problemas de mortalidad materna.

Sin embargo la sociedad solo verá este problema como como violaciones a los derechos humanos, si esta información logra crear actores sociales capaces de presionar a los políticos para que demuestren "voluntad política". La información sobre las fallas del sistema de la salud y la garantía de los derechos debe, de algún modo, volverse objeto de interés público y llamar así a la acción política.

No hace mucho que la mortalidad materna ha sido considerada por las Naciones Unidas como una violación a los principios básicos de los derechos humanos, incluidos la responsabilidad, equidad, no-discriminación y participación significativa. [59] Esto puede obligar a los gobiernos a respetar sus constituciones nacionales y los tratados internacionales que han firmado y a asumir la responsabilidad de garantizar los derechos humanos básicos en defensa de la maternidad. No obstante, la aplicación práctica de estos derechos es actualmente inconsistente, inadecuada, y hasta accidental. [60]

Entender las muertes maternas como consecuencia de negligencia implica reconocer que se deben a la desventajosa situación de las mujeres en la sociedad, incluyendo lo relacionado con sus derechos reproductivos. [61] Solo las mujeres experimentan los riesgos inherentes a la reproducción; este es un hecho de diferencia sexual. Sin embargo, la falta de salud reproductiva adecuada es un hecho de discriminación por género, y la consecuencia de un sistema social "basado en el poder del sexo y la clase". La discriminación de género se da en todas las etapas de la vida de una mujer: preferencia por los hijos varones, negligencia en el cuidado de las niñas, un acceso limitado a la salud, y la mortalidad materna. [62] La muerte de una mujer a causa de complicaciones durante el embarazo no es solo un hecho biológico: es también una elección política cuyo cambio está al alcance de la mano. Depende sobre todo de la voluntad política.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo económico de CNPq/DECIT National Research Council and Department of Science and Technology, el Ministerio de Salud de Brasil, Donación No. 402702/2008-5, que auspició el estudio, Red Brasilera para el Control de la Morbilidad Materna Grave". El enfoque teórico aquí descrito se desarrolló con los aportes de ese estudio.

Referencias

1. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality–a neglected tragedy. Where is the M in MCH? Lancet 1985;2(8446):83–85.
2. Maine D. Safe Motherhood Programs: Options and Issues. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University, 1991.
3. Loudon I. Obstetric care, social class, and maternal mortality. British Medical Journal (Clinical Research Edition) 1986;293(6547):606–08.
4. Thaddeus S, Maine D. Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health, 1990.
5. Paxton A, Maine D, Freedman LP, et al. Where is the "E" in MCH? Journal of-MidwiferyWomen's Health 2003;48(5):373.
6. Paxton A, Maine D, Freedman L, et al. The evidence for emergency obstetric care. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;88(2):181–93.
7. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, et al. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. Reproductive Health Matters 2007;15(30):125–33.
8. Say L, Souza JP, Pattinson R. Maternal near miss–towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2009;23(3):287–96.
9. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK, et al. Outcomes of care in birth centers. The National Birth Center Study. New England Journal of Medicine 1989;321(26):1804–11.
10. Kasongo Project Team. Antenatal screening for fetopelvic dystocias. A cost-effectiveness approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personnel. Journal of Tropical Medicine & Hygiene 1984;87(4):173–83.
11. Leavell H, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. New York: Macgraw Hill, 1965.
12. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Social Sciences & Medicine 1994;38(8):1091–110.
13. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra. India. Bulletin of the World Health Organization 1998;76(6):591–98.
14. Kalter HD, Salgado R, Babille M, et al. Social autopsy for maternal and child deaths: a comprehensive literature review to examine the concept and the development of the method. Population Health Metrics 2011;9:45.
15. Filippi V, Richard F, Lange I, et al. Identifying barriers from home to the appropriate hos-

pital through near-miss audits in developing countries. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2009;23(3):389–400.
16. Okong P, Byamugisha J, Mirembe F, et al. Audit of severe maternal morbidity in Uganda – implications for quality of obstetric care. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2006;85(7):797–804.
17. Killewo J, Anwar I, Bashir I, et al. Perceived delay in healthcare-seeking for episodes of serious illness and its implications for safe motherhood interventions in rural Bangladesh. Journal of Health, Population and Nutrition 2006;24(4):403–12.
18. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al. An emerging "maternal near-miss syndrome": narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. Birth 2009;36(2):149–58.
19. Roost M, Jonsson C, Liljestrand J, et al. Social differentiation and embodied dispositions: a qualitative study of maternal care-seeking behaviour for near-miss morbidity in Bolivia. Reproductive Health 2009;6:13.
20. Hirose A, Borchert M, Niksear H, et al. Difficulties leaving home: a cross-sectional study of delays in seeking emergency obstetric care in Herat, Afghanistan. Social Science & Medicine 2011;73(7):1003–13.
21. Das V, Agrawal S, Agarwal A. Consequences of delay in obstetric care for maternal and perinatal outcomes. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2010; 109(1):72–73.
22. Pembe AB, Urassa DP, Darj E, et al. Qualitative study on maternal referrals in rural Tanzania: decision making and acceptance of referral advice. African Journal of Reproductive Health 2008;12(2):120–31.
23. Cham M, Sundby J, Vangen S. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. Reproductive Health 2005;2(1):3.
24. Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A. The "three delays" as a framework for examining maternal mortality in Haiti. Social Science & Medicine 1998;46(8):981–93.
25. Lori JR, Starke AE. A critical analysis of maternal morbidity and mortality in Liberia., West Africa. Midwifery 2012;28(1):67–72.
26. Behague DP, Kanhonou LG, Filippi V, et al. Pierre Bourdieu and transformative agency: a study of how patients in Benin negotiate blame and accountability in the context of severe obstetric events. Sociology of Health & Illness 2008;30(4):489–510.
27. Roost M, Altamirano VC, Liljestrand J, et al. Does antenatal care facilitate utilization of emergency obstetric care? A case-referent study of near-miss morbidity in Bolivia. Acta Obstetetricia et Gynecologica Scandinavica 2010;89(3):335–42.
28. Rodríguez Villamizar LA, Ruiz-Rodríguez M, Jaime García ML. [Benefits of combining methods to analyze the causes of maternal mortality, Bucaramanga, Colombia]. Panamerican Journal of Public Health 2011;29(4): 213–19.
29. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, et al. What does 'access to health care' mean? Journal of Health Services Research & Policy 2002;7(3):186–88.
30. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, et al. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. American Journal of Public Health 1990;80(7):814–18.
31. Matthews Z, Channon A, Neal S, et al. Examining the "urban advantage" in maternal health care in developing countries. PLoS Medicine 2010;7(9).
32. Essendi H, Mills S, Fotso JC. Barriers to formal emergency obstetric care services' utilization. Journal of Urban Health 2011;828: Suppl 2:S356–69.
33. Murray SF, Pearson SC. Maternity referral systems in developing countries: current knowledge and future research needs. Social Sciences & Medicine 2006;62(9): 2205–15.
34. Filippi V, Ronsmans C, Gohou V, et al. Maternity wards or emergency obstetric rooms? Incidence of near-miss events in African hospitals. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2005;84(1):11–16.
35. Amaral E, Souza JP, Surita F, et al. A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: the Vigimoma Project. BMC Pregnancy & Childbirth 2011;11:9.
36. Röösť M, Altamirano VC, Liljestrand J, et al. Priorities in emergency obstetric care in Bolivia–maternal mortality and near-miss morbidity in metropolitan La Paz. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2009;116(9):1210–17.
37. Gohou V, Ronsmans C, Kacou L, et al. Responsiveness to life-threatening obstetric emergencies in two hospitals in Abidjan, Côte d'Ivoire. Tropical Medicine & International Health 2004;9(3):406–15.
38. Rosa ML, Hortale VA. [Avoidable perinatal deaths and obstetric health care structure in the public health care system: a case study in a city in greater metropolitan Rio de Janeiro]. Cadernos de Saude Pública 2000;16(3):773–83.
39. Pirkle CM, Dumont A, Zunzunegui MV. Criterion-based clinical audit to assess quality of obstetrical care in low- and middle-income countries: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care 2011;23(4):456–63.
40. Say L, Pattinson R, Gülmezoglu A. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity

(near miss). Reproductive Health 2004;1(1):3.
41. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. British Medical Bulletin 2003; 67:231–43.
42. Adisasmita A, Deviany PE, Nandiaty F, et al. Obstetric near miss and deaths in public and private hospitals in Indonesia. BMC Pregnancy & Childbirth 2008;8:10.
43. Kaye DK, Kakaire O, Osinde MO. Maternal morbidity and near-miss mortality among women referred for emergency obstetric care in rural Uganda. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2011;114(1):84–85.
44. Jonkers M, Richters A, Zwart J, et al. Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. Reproductive Health Matters 2011; 19(37):144–53.
45. Souza JP, Cecatti JG, Haddad SM, et al. The WHO Maternal Near-Miss Approach and the Maternal Severity Index (MSI): validated tools for assessing the management of severe maternal morbidity. Report for the Brazilian National Research Council, 2012.
46. De Costa A, Patil R, Kushwah SS, et al. Financial incentives to influence maternal mortality in a low-income setting: making available 'money to transport' - experiences from Amarpatan, India. Global Health Action 2009:2. DOI 10.3402/gha.v2i0.1866.
47. Maine D. Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction. Lancet 2007;370(9595):1380–82.
48. Gessessew A, Barnabas GA, Prata N, et al. Task shifting and sharing in Tigray, Ethiopia, to achieve comprehensive emergency obstetric care. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2011;113(1):28–31.
49. Noordam AC, Kuepper BM, Stekelenburg J, et al. Improvement of maternal health services through the use of mobile phones. Tropical Medicine & International Health 2011;16(5):622–26.
50. Chen SC, Wang JD, Yu JK, et al. Applying the global positioning system and Google Earth to evaluate the accessibility of birth services for pregnant women in northern Malawi. Journal of Midwifery & Women´s Health 2011;56(1):68–74.
51. Baskett TF, O'Connell CM. Maternal critical care in obstetrics. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2009;31(3):218–21.
52. Fournier P, Dumont A, Tourigny C, et al. Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. Bulletin of World Health Organization 2009;87(1):30–38.
53. Filippi V, Ganaba R, Baggaley RF, et al. Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. Lancet 2007;370(9595):1329–37.
54. Camargo RS, Pacagnella RC, Cecatti JG, et al. Subsequent reproductive outcome in women who have experienced a potentially life-threatening condition or a maternal near-miss during pregnancy. Clinics (São Paulo) 2011; 66(8):1367–72.
55. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. Health Policy and Planning 2003;18(4):383–90.
56. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy & Childbirth 2009;9:34.
57. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. Lancet 2011;378(9797):1139–65.
58. Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2001;75(1):51–60.
59. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Maternal mortality, human rights and accountability. At: http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/MaternalmortalityHRandaccountability.aspx2010. Accessed 28 September 2011.
60. Women Deliver. Civil Society Calls for Applying Human Rights-Based Approach to Preventing Maternal Death. At: http://www.womendeliver.org/updates/entry/civilsociety-calls-for-applying-human-rights-based-approachto-preventing-/2011. Accessed 28 September 2011.
61. Diniz SG, ChachamAS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters 2004;12(23):100–10.
62. Fikree FF, Pasha O. Role of gender in health disparity: the South Asian context. British Medical Journal 2004;328(7443):823–26.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2012 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2012;20(39):155-163
0968-8080/12 $ – see front matter
DOI: 10.1016/S0968-8080(12)39605-5

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

¡Los datos sí cuentan! Recolección y uso de la información sobre mortalidad materna en el Perú, –1990-2005–, y mejoras desde 2005

Ruth Iguiñiz-Romero,[a] Nancy Palomino [b]

a Investigadora Marie Curie, Universidad Deusto, Bilbao, España; candidata al Doctorado, Milano: New School for Management and Urban Policy, New School University, Nueva York NY, EEUU. Correspondencia: riguiniz@yahoo.com

b Profesora, Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Resumen: *Este artículo informa sobre un estudio exploratorio cualitativo realizado en 2005, basado en entrevistas con 15 autoridades decisorias clave del Ministerio de Salud del Perú responsables de la prevención de la mortalidad materna y funcionarios responsables de la información y los datos nacionales sobre las muertes maternas. Los objetivos principales fueron averiguar cuáles son las fuentes de datos e información utilizadas por los funcionarios del Ministerio de Salud para la planificación de programas y la toma de decisiones, si los datos disponibles influían en las políticas y programas y cómo fluyen los datos entre autoridades decisorias centrales en el ministerio y entre el ministerio y los centros de salud regionales y locales. Los sistemas de información requieren personal y sistemas capaces de recolectar, procesar, analizar y compartir los datos. En Perú, ninguna de estas condiciones fue satisfecha de manera homogénea. Los programas verticales en las regiones más pobres tenían fondos para los sistemas y la infraestructura de información, pero limitados recursos técnicos y humanos. Los trabajadores de la salud pública estaban agobiadas con la prestación de servicios y no siempre capacitados en la recolección de datos o informática. Por lo tanto, la calidad de la recolección y del análisis de datos variaba mucho entre regiones. Desde el estudio, la recolección y el uso de datos han mejorado, lo cual se refleja en la disminución de las razones de mortalidad materna y en el aumento en el uso de los servicios de maternidad, pero en los esfuerzos por mantener y mejorar la calidad de los datos se debe continuar asegurando que se puedan monitorear las iniciativas para la prevención de la mortalidad materna y mejorar los servicios.* © 2013 edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: mortalidad materna, política y programas de salud, recolección/análisis/difusión de datos, sistemas de información sobre la salud, Perú

A partir de la década del 80, cuando la Organización Mundial de la Salud, el movimiento feminista y otras organizaciones de la sociedad civil, colocaron la salud materna en la agenda internacional, se presentaron muchas iniciativas nacionales e internacionales dirigidas a reducir la mortalidad materna.[1] La más reciente de estas ha sido plasmada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las Naciones Unidas, con el compromiso de los países de reducir la tasa de mortalidad materna en un 75% para el año 2015.

El Perú ha participado en estas iniciativas y, según fuentes oficiales del Ministerio de Salud, ha reducido a nivel nacional la razón de mortalidad materna, de 318 muertes por 100,000 nacidos vivos en 1980 a 298 en 1990[2] y a 173 en 2000.[3] Los datos sobre mortalidad materna

en el Perú siguen basándose en estimaciones, a pesar del desarrollo de métodos modernos de recolección de datos y sistemas de información. Los estimados calculados por instituciones nacionales e internacionales arrojan tasas distintas para los períodos señalados. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reportó una razón de mortalidad materna de 185 por cada 100,000 nacidos vivos en el año 2000,[4] mientras que la ONU estimó que dicha medida era de 410 (en un rango de 230 a 590) en ese mismo año.[5] La mayoría de las muertes maternas se concentraron en zonas rurales y en poblaciones indígenas, tales como Apurímac, Amazonas, Huánuco, Cajamarca, Cusco, Madre de Dios, Ayacucho, Huancavelica y Puno, con una variación entre 227 y 361 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos.[3]

Todas estas fuentes tienen validez pero usan metodologías diferentes. Sin embargo, para poder planificar y evaluar las políticas de salud y para alcanzar los estándares internacionales de salud es indispensable contar con datos confiables. Por consiguiente, esta investigación exploró qué fuentes de datos y qué información utilizaban los funcionarios del Ministerio de Salud para formular sus planes y para tomar decisiones a nivel nacional, quiénes proporcionaban esa información y de qué manera las autoridades decisorias se informaban sobre los datos disponibles. Estudiamos además cómo llegaba la información y cómo fluían estos datos entre las autoridades del Ministerio de Salud que tomaban decisiones para prevenir la mortalidad materna, y los centros de salud tanto locales como regionales.

Metodología

Este estudio fue de tipo cualitativo y exploratorio, y se basó en la revisión de la literatura y en entrevistas a un total de 15 autoridades decisorias en puestos cruciales del Ministerio de Salud del Perú, responsables de los programas de prevención de la mortalidad materna y funcionarios responsables de la elaboración y/o sistematización de la información estadística y epidemiológica nacional sobre mortalidad materna. La mayoría de los entrevistados ocupaban puestos clave en el Ministerio de Salud en 2005 al momento de la investigación; pocos de ellos habían estado en esos cargos en la década del 90.

Para las entrevistas se usó una guía de preguntas abiertas y semiestructuradas. Las principales áreas de investigación comprendían la forma en que se recolectaba la información, cómo se procesaba y cómo se utilizaba en el ministerio a nivel nacional. Preguntamos: ¿qué oficinas del ministerio recolectaban información? ¿Con qué frecuencia se recolectaba? ¿Cómo llegaba la información desde los centros de salud hasta las autoridades decisoras de políticas en el nivel central? ¿Cómo se procesaba y compartía la información entre las oficinas? ¿La información se utilizaba para desarrollar, implantar, monitorear y/o evaluar las estrategias, programas y presupuestos destinados a la prevención de la mortalidad materna? ¿Existían mecanismos de retroalimentación?

En promedio las entrevistas duraron una hora y media y se realizaron en Lima. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas, y las respuestas se organizaron por temas y cronológicamente. Los entrevistados fueron identificados por los cargos que ocupaban al momento de la entrevista pero no por su nombre.

Revisamos además las guías de política, los informes de programas y proyectos nacionales, así como los procedimientos operativos y las publicaciones académicas. El estudio cubrió un período de seis años desde 1999 -cuando la mortalidad materna se convirtió en un objetivo de vigilancia nacional para la Dirección General de Epidemiología del Perú- hasta 2005, cuando se realizaron las entrevistas. Sin embargo, varios de nuestros entrevistados proporcionaron información importante sobre los mecanismos de recolección de datos en los años 90, que incorporamos en el presente documento por su perspectiva histórica. Si bien no analizamos aquí los sistemas de información como tales, sí reportamos las percepciones y las experiencias de nuestros entrevistados respecto a dichos sistemas.

Los investigadores de políticas[6,7] concuerdan en que la calidad y solidez de la definición del problema, la formulación, análisis, implementación y evaluación de políticas depende de la cantidad de información disponible y completa para tomar decisiones. Se han efectuado estudios que analizan cómo se interrelaciona la investigación con la acción en las distintas etapas de producción, difusión y transferencia de conocimientos, y han establecido que para

que dichos procesos sean efectivos deben ser compartidos por investigadores y autoridades que toman decisiones.[8–11] Los investigadores y, en cierta medida también los que formulan políticas, reconocen que es necesario que la investigación informe a la política, aunque todavía son relativamente pocos los estudios que se ocupan de las perspectivas y actitudes de los formuladores de política para con la investigación.[12]

Nuestra preocupación original sobre la utilización de los datos de mortalidad materna nos hizo dar un paso atrás, para estudiar el proceso de recolección de datos y la elaboración de la información, resultantes de los procedimientos de monitoreo y evaluación. No podíamos suponer que la investigación existente concebida como un "proceso estructurado de recolección, análisis, síntesis e interpretación de los datos para responder preguntas teóricas, no visibles en los propios datos-"[11] necesariamente había arrojado datos fidedignos, para comenzar.

Iniciativas de salud materna y prevención de la mortalidad materna

Durante los años 90, el gobierno de Fujimori, que estuvo en el poder más de una década, implantó una serie de reformas económicas y sociales neoliberales, al igual que ocurrió en la mayoría de los países latinoamericanos en ese período. La reforma del sector salud, cumpliendo con los lineamientos del Banco Mundial [13] y otras instituciones financieras, fue una de ellas. En el Perú, dicha reforma incluyó el establecimiento de tarifas que los usuarios debían pagar por los servicios de salud, en un sistema mixto que priorizaba los seguros de salud privados, la descentralización de la administración de servicios de salud y paquetes básicos de salud pública dirigidos específicamente a determinadas poblaciones en extrema pobreza.[14] La mayoría de estos programas específicos contaron con el apoyo de instituciones financieras internacionales y fueron montados como iniciativas o proyectos independientes, con consultores independientes, separados de los servicios estándar brindados por el sistema de salud pública y por el Ministerio de Salud.
En este panorama hubo dos formas diferentes de abordar los servicios de salud reproductiva. En el sistema de salud pública la atención de la salud materna resultaba limitada en los establecimientos de salud del país. Paralelamente, en el Ministerio de Salud se implementaron programas verticales de planificación familiar y salud materno-infantil que se concentraban en regiones específicas y en poblaciones que vivían en extrema pobreza, con un enfoque de trabajo de arriba hacia abajo. Los programas y proyectos principales dirigidos a mujeres pobres y rurales fueron:

- Programa Nacional de Planificación Familiar (1992–2000) que amplió el acceso a los anticonceptivos modernos, pero terminó promoviendo la esterilización femenina durante la segunda mitad de la década, en formas que violaban el derecho de las mujeres a tomar una decisión informada;[15,16]
- Programa Nacional de Salud Materno-Perinatal (1992–2000), que inicialmente fue un componente del Programa de Planificación familiar, dedicado a aumentar la cobertura de partos hospitalarios o partos domiciliarios atendidos por personal de salud, y
- Proyecto de Salud y Nutrición Básica (1994–2000) que inicialmente se concentró en la nutrición materno-infantil, y en la atención pre y postnatal en poblaciones en situación de pobreza. Enfatizó las iniciativas de educación y prevención a nivel de la población, parteras calificadas (parteras tradicionales) en partos seguros e higiénicos y nutrición, pero no logró mejorar el acceso a la atención obstétrica básica y de emergencia en establecimientos de salud, que siguieron siendo limitados.[17]

En 1995, se inició el Proyecto 2000 con 60 millones de dólares de fondos nacionales y de USAID, a fin de reducir la mortalidad materna mediante el acceso a cuidados obstétricos de emergencia, la mejora continua de la calidad de la atención brindada en los establecimientos de salud y el incremento de en la capacidad de las mujeres gestantes para identificar riesgos en el embarazo y en el parto. También incluía un componente operativo de capacitación en recolección, procesamiento y utilización de datos para usarlos en la toma de decisiones administrativas y clínicas. Aunque estos servicios y capacitación estuvieron disponibles en hospitales urbanos de 12 de las 24 regiones del Perú, otras regiones y áreas rurales quedaron

excluidas y el proyecto continuó priorizando el control prenatal y la identificación de condiciones de riesgo.[18]

Estos programas tenían por objeto aumentar la eficiencia y lograr mejores resultados de salud de un sistema de salud pública considerado burocrático y deficiente, sin embargo el país terminó teniendo estructuras paralelas que de hecho eran igualmente burocráticas y rígidas, y que dependían en el nivel local del mismo personal de salud y personal técnico para brindarlos.

A fines de la década, el limitado avance alcanzado por estos programas causó preocupación nacional e internacional. La Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) de 1996 había reportado una razón de mortalidad materna de 265 por 100,000 nacidos vivos,[19] y en el ministerio se prepararon varias estrategias nuevas para combinar esfuerzos y unificar las metodologías de trabajo. El Seguro de Salud Materno-Infantil (1999), que fuera financiado con fondos públicos, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, fue creado y posteriormente fusionado con el Seguro Integral de Salud (SIS) para brindar a los más pobres servicios de salud gratuitos. La Dirección General de Epidemiología y el Programa Materno-Perinatal lanzaron en 1999 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Centinela de la Mortalidad Materna, con el fin de mejorar la calidad y disponibilidad de datos sobre mortalidad materna y posteriormente fue ampliado para registrar no solo las muertes, sino también para realizar una "vigilancia de riesgos" con miras a mejorar la atención preventiva de salud materna.[20]

Las barreras económicas, geográficas y culturales del acceso de las mujeres gestantes a servicios obstétricos y de emergencia continuaron enfrentándose con proyectos piloto específicos en las regiones priorizadas. El Proyecto FEMME fue un esfuerzo asociado de CARE Perú, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, el Instituto Materno-Perinatal Especializado, y el Hospital Regional de Ayacucho, desde el año 2000 al 2005. Se trató de una intervención integral destinada a mejorar la organización, gestión y funcionamiento de los servicios de salud, a fin de mejorar la calidad de los cuidados obstétricos de emergencia y fomentar un aumento en su utilización.[21] Posteriormente, en 2001, se creó el Proyecto de Apoyo a la Reforma de Salud (Par Salud)* para apoyar el proceso de modernización y la reforma del sistema de salud y reducir la desnutrición infantil y la mortalidad materna en siete regiones. Las actividades sobre todo se orientaron a mejorar la infraestructura necesaria para prevenir la mortalidad materna y la accesibilidad a las instalaciones de cuidados obstétricos básicos y de emergencia,[22] así como a desarrollar sistemas de información unificados para mejorar la calidad de la atención de salud en poblaciones rurales y dispersas seleccionadas. Cuando terminamos nuestra investigación en 2005, la primera parte de ese proyecto finalizaba y quedaba pendiente su evaluación.

Cómo se contabilizan los datos de la salud materna y las muertes maternas

La crisis económica y la del sistema de salud de la década de 1980 redujeron drásticamente la capacidad administrativa del Estado y del sector salud [23,24] para recolectar y sistematizar la información. La Oficina de Estadística e Informática y la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud disponían de recursos financieros limitados, y su personal, en el mejor de los casos, estaba escasamente calificado para manejar datos epidemiológicos o de salud. Como el ministerio brindaba una capacitación formal reducida y no existía una estructura orgánica de profesionalización, no es de extrañar que la mayoría de funcionarios fueran "contratados a través de alianzas políticas o ... enviados a las Oficinas de Estadística y Epidemiología en vez de ser despedidos" (ex funcionario de Personal, Oficina de Estadística e Informática , Ministerio de Salud).

La información oficial sobre salud sexual y reproductiva, que incluye mortalidad materna, es publicada desde 1986 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a partir de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES). Los datos contienen indicadores de salud y mortalidad materna a nivel nacional y regional, incluyendo prevalencia de nacimientos en hospitales, prevalencia de cuidados prenatales, datos de prevalencia de anticonceptivos y porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado.

Los datos de ENDES se recolectaban cada cinco años, de una muestra representativa nacional compuesta por más de 27 mil mujeres con edades que variaban entre 15 y 49 años. En el año 2000, se cambiaron lo criterios y procesos de muestreo y se desarrolló una versión continua de la encuesta para permitir que se recolectaran datos cada tres años, empezando con la encuesta de 2004–2006.* Lamentablemente los datos regionales y locales no eran representativos, por lo reducido de la muestra, para estimar las muertes maternas por lugar de ocurrencia.[25]

De otro lado, hasta 1999, los registros de muertes maternas elaborados por los centros de salud, oficinas de registro civil de las localidades y archivos parroquiales eran de mala calidad.

A partir de 1999 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Centinela de la Mortalidad Materna, impulsado por la Dirección General de Epidemiología y el Programa Materno-Perinatal contabiliza todas las muertes maternas ocurridas en centros de salud, las que son notificadas de inmediato a la oficina regional de epidemiología y al Ministerio de Salud.

Los fallecimientos que ocurren fuera de un establecimiento médico no suelen ser registrados por médicos sino por oficiales de policía o personal forense, utilizando distintos formularios, y con distintos criterios y procedimientos. A menudo, un deceso solo se registraba si un familiar tenía interés en obtener un certificado de defunción, que luego se inscribía en el registro civil de la localidad desde donde los datos se enviaban al Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC). Los estudios concuerdan en señalar que para poder tener información completa sobre la mortalidad materna es necesario acudir a fuentes de información numerosas y variadas.[26] Sin embargo, hasta el año 2001, los registros de fallecimientos y los datos de estas tres fuentes no eran compartidos entre las instituciones, ni se usaban para comprender mejor la magnitud de la mortalidad materna (Director de la Oficina de Estadística e Informática, Ministerio de Salud).

En 2001, un convenio interinstitucional le otorgó a la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud la responsabilidad de consolidar la información procedente de los tres tipos de formularios y de sistematizar las estadísticas vitales a nivel nacional; sin embargo, para el año 2005, su presupuesto se había reducido al 58.8% de lo que tuvieron disponible en 2001,[25] volviendo mucho más difícil el cumplimiento adecuado de esa tarea.

Además de las dificultades prácticas planteadas, la calidad de los datos también era un problema. Los formularios y certificados carecían de información explícita sobre el sexo de la persona fallecida,† y no se usaban definiciones estándar de las causas de la muerte, imposibilitando con ello que se identificaran los casos de mortalidad materna.‡ Es más, en 2005, la Oficina de Identificación del Registro Nacional informó que 3.5 millones de personas no habían sido registradas al nacer en el país – en su mayoría mujeres que vivían en condiciones de extrema pobreza en zonas rurales.[27] También estimaba que en 2002 solo se había registrado el 55.3% del total de muertes.[28] La Oficina de Identificación del Registro Nacional emite un documento de identidad nacional que la ley exige presentar para poder acceder a cualquier servicio público. Las mujeres rurales y no registradas que viven en extrema pobreza constituyen la mayoría de ciudadanos con acceso sumamente limitado a los servicios de salud. Por consiguiente, sus muertes representarían la mayoría de muertes no registradas, lo cual afecta la información sobre mortalidad materna.

Problemas operativos y administrativos

La falta de información sistemática antes de la primera Encuesta Demográfica y de Salud motivó que los entonces programas verticales de Planificación familiar y Salud Materno–Perinatal recolectaran datos en forma separada (en lo que se llamó un sistema paralelo) a partir de los datos reunidos en los establecimientos de salud pública. Para complementar las mediciones de las ENDES, aplicadas cada cinco años

* Financiado con préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial para implementarse en un período de diez años.

† Se consideraba que el nombre de la persona bastaba para demostrar a qué sexo pertenecía.

‡ Recién desde 2005 el nuevo certificado de defunción incluye el sexo y estado de embarazo.

y con el propósito de monitorear el progreso en el descenso de la mortalidad materna , estos programas usaron indicadores de proceso tales como el porcentaje de nacimientos ocurridos en establecimientos de salud primaria, la atención de emergencias obstétricas, el uso de oxitocina, y la satisfacción de las usuarias. Trabajaron independientemente de otros programas de salud y con poco intercambio de información. Sin embargo, gracias al apoyo político y financiero de la Presidencia del Consejo de Ministros y de donantes internacionales, por primera vez en 1997, el Programa de Salud Materno-Perinatal pudo tener acceso y consolidar sus propios datos con los datos de otras instituciones que brindan servicios de salud dentro del sistema de salud pública.*

A partir del año 2000, el Sistema de Información Perinatal ha estandarizado la recolección de datos sobre atención prenatal, parto y atención neonatal para facilitar la toma decisiones.[29] Desde 2001, la Oficina de Estadística e Informática ha ido centralizando gradualmente el procesamiento de datos de salud y mortalidad materna, provenientes de las áreas de salud locales y regionales, y distribuyéndolos a las direcciones decisorias, en un esfuerzo por organizar mejor la recolección y calidad de la información. Por ejemplo, la información sobre diagnósticos alimenta al Sistema de Información de Salud (HIS) para informar a la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), en tanto que el movimiento diario de medicamentos y suministros se carga en el Sistema integrado de Suministros de Medicamentos (SISMED) para informar a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. (DIGEMID).

Al mismo tiempo, la Oficina del Seguro Integral de Salud (SIS)† empezó a ampliar el acceso a los servicios de salud materna y desde 2002 cuenta con su propio sistema de base de datos e información (ARFSIS). La mayoría de los entrevistados concuerda en que se trata de un registro de información preciso sobre los servicios obstétricos brindados a la población asegurada. Se utilizaba información mensual para garantizar los recursos necesarios para brindar los servicios de salud.

La última iniciativa relevante para producir datos de salud integrados sobre los servicios de salud materna fue desarrollada en 2004 por el Proyecto de Apoyo a la Reforma de Salud, que trabajó en conjunto con la Dirección General de Epidemiología y con la Oficina de Estadística e Informática para estandarizar y mejorar la calidad de los sistemas de información en todo el ministerio. Este proyecto desarrolló un sistema de información que recopiló los datos proporcionados por el HIS, el ARFSIS y el SISMED, con el objeto de facilitar el análisis y el uso de los datos de estos sistemas de datos distintos.

A pesar de todos estos esfuerzos por construir bases de datos exactas e integrales para informar a las autoridades decisorias, funcionarios de diversas jerarquías en el Ministerio de Salud seguían considerando importante recolectar información directamente desde el establecimiento de salud, según su propia y específica "lógica interna de trabajo" y sus propios requerimientos diarios de orden administrativo y ejecutivo. Sin embargo, ellos también admitieron que como los datos sobre salud materna se encuentran en al menos siete bases de datos distintas ellos también tenían que revisarlas todas para poder tener una visión completa y precisa antes de tomar alguna decisión (Entrevistas a funcionario de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva; funcionario de la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud; y exdirector del Programa Materno-Infantil).

"El sistema de información sigue siendo problemático, tenemos que consolidar los datos. La prioridad actual de la Dirección General de Salud de las Personas es contar con información fidedigna para tomar decisiones, porque a veces quiero tomar una decisión y una fuente dice 5, otra dice 10, y yo creo que es 11. ¿Qué debo hacer? ¿Cuál es la correcta? Tengo que llamar a cada Dirección Regional de Salud y preguntar: 'Tengo el dato X, ¿está correcto?' Y ellos pueden responder: 'No, yo tengo Y, sus datos no están correctos.' Tratamos de verifi-

* El sistema Peruano de salud pública brinda servicios a través de tres instituciones independientes: una es para los trabajadores que tienen seguro social público; otro es para la policía y las fuerzas armadas así como sus familiares más cercanos; y el otro financiado por el Ministerio de Salud para los no asegurados. Cada uno de ellos llevaba sus propios registros independientes de mortalidad materna y no había ningún mecanismo para compartir o reunir los datos.

car antes de tomar decisiones. A veces, cuando es urgente y se nos piden datos realmente urgentes, tenemos que dar la información que tenemos, pero no podemos garantizar esa información si no la podemos verificar dos veces." (Funcionario, Dirección General de Salud de las Personas)

En el año 2005, cuando realizamos nuestro estudio, el Ministerio de Salud estaba recolectando datos relevantes sobre mortalidad materna y salud materna al menos de las siguientes bases de datos: HIS (servicios generales de salud), el Sistema Informativo Perinatal (SIP 2000), Datos de los Servicios de Planificación Familiar (SIS 240), el Sistema del Seguro Integral de Salud (SIS), el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos (SISMED), y semanal y mensualmente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Centinela y del Sistema del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PAR Salud).

Adicionalmente, las escasas referencias a información cualitativa y estudios de casos utilizados por funcionarios del ministerio fueron proporcionados por ONG feministas y organizaciones de la sociedad civil, así como por agencias internacionales que participan en los numerosos comités de asesoramiento que hay en el Ministerio de Salud.[30]

Flujos de Información

Al momento de este estudio el Ministerio de Salud recolectaba datos de los 7,027 establecimientos de salud pública de nivel primario, secundario y terciario. En el nivel local los proveedores de servicios de salud llenaban numerosos formularios con la información del paciente, diagnóstico, tratamiento y consejería brindados así como los suministros farmacológicos y médicos utilizados. Estos formularios eran elevados a través de los distintos niveles de la red del sistema de salud hasta llegar al Ministerio de Salud.

En cada nivel las oficinas de Estadística y de Epidemiología procesaban la información y consolidaban los datos, que eran igualmente elevados hasta la Oficina de Estadística e Informática, la Dirección General de Epidemiología y otros programas del Ministerio de Salud que solicitaban la información. Según la Dirección General de Epidemiología, la Iniciativa de Vigilancia Centinela recibía informes semanales y mensuales sobre cualquier muerte materna (o cualquier otra enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica) ocurrida en el país. Después de procesar y confirmar la información, la Dirección General de Epidemiología la transfería a la oficina encargada de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Sin embargo, esa oficina, que desde 2004 era responsable de los programas de Planificación Familiar y Salud Materno-Perinatal, también recibía información de su propio sistema paralelo de información, que seguía activo. Estos últimos datos eran recolectados por coordinadores locales en cada establecimiento de salud y seguía todo el recorrido hasta la Oficina de Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, que procesaba la mayoría de los datos.

Las limitaciones de tiempo y reducidas calificaciones técnicas agobiaban al personal de salud* que llenaba más de 143 formularios diferentes y no estandarizados por paciente, correspondientes a cada uno de los programas de salud. Se carecía de tecnologías avanzadas para información y comunicación y los datos se procesaban en múltiples niveles, con los consiguientes problemas de trasladar los datos al nivel superior en cada etapa. Todas estas dificultades se unían para producir información incompleta e inexacta que solo llegaba al nivel superior desde las regiones geográficas más aisladas con un retraso de dos, cuatro o incluso seis meses. De esa manera, los limitados recursos humanos y financieros para procesar los datos una vez que llegaban a la Oficina de Estadística e Informática, entre otros, continuaron restringiendo la disponibilidad de información oportuna y exacta para la toma de decisiones.

En este contexto, y dado que ocurría dentro de una tradición de políticas y programas decididos en forma centralizada, no es de extrañar que ninguno de nuestros entrevistados ni los documentos revisados describieran procesos sobre el flujo de información o procedimientos de retroalimentación para trasladar los datos de vuelta al nivel local, lo que habría permitido que quienes trabajan a ese nivel utilizaran los datos para mejorar la prestación de servicios. Es por ello que se priorizó la elaboración

de directivas de política y la planificación de programas desde arriba, en vez de las mejoras en la implementación de programas y la prestación de servicios a nivel local.

Cuando preguntamos sobre los mecanismos de devolución de los datos solo se mencionaron brevemente los boletines publicados en internet por la Dirección General de Epidemiología o las reuniones nacionales con los coordinadores regionales de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.

Utilización de la información por los funcionarios del Ministerio de Salud para tomar decisiones

Poder contar con información fidedigna es importante para monitorear las tendencias de los indicadores nacionales así como para tomar decisiones en todos los niveles del proceso de formulación de políticas; tanto para concentrarse en una prioridad frente a otras, como para diseñar un plan de acción factible y dirigir los recursos según se necesiten, o evaluar los datos de los resultados con regularidad.

En los años 90, el Presidente del Perú y su Consejo de Ministros definían las directivas de política y las prioridades de salud nacionales, frecuentemente en respuesta a la presión nacional e internacional para alcanzar metas específicas de salud reproductiva. Esto empezó a cambiar en el año 2000, cuando organizaciones de la sociedad civil, partidos políticos y funcionarios del Estado se reunieron para establecer las prioridades de política para el Acuerdo Nacional de Lucha contra la Pobreza y desarrollar el Plan Nacional Concertado de Salud. A pesar del proceso de desarrollo de políticas, las decisiones al nivel de políticas siguieron desarrollándose y evaluándose basándose en los datos de la ENDES (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud).

Todos los funcionarios del Ministerio que entrevistamos concordaron en que los datos de la ENDES constituían la fuente de información más confiable sobre el estado de la salud y recordaron haber utilizado principalmente estos datos para identificar los problemas de salud y para justificar los planes nacionales, las políticas y programas durante el periodo del estudio. Sin embargo, los funcionarios del ministerio no podían obtener oportunamente datos exactos a nivel regional y nacional debido, en parte, a que estas encuestas solo se realizaban cada cinco años hasta el 2000, y cuando se volvieron más frecuentes, ya no tenían el nivel de desagregación que permitiera identificar las necesidades locales concretas y urgentes.

Además, el método indirecto de hermanas para estimar la mortalidad materna aplicado en estas encuestas tiene un amplio intervalo de confianza y no ofrece estimados vigentes para el año de la encuesta. Este hecho limitó la capacidad de monitoreo de los cambios y de ver algún impacto del programa de mortalidad materna. Esta encuesta también tiende a subestimar las muertes en los inicios del embarazo, en su mayoría relacionadas con abortos inseguros y en mujeres solteras o adolescentes.[26, 31]

A nivel operativo, desde 1992 los funcionarios del Ministerio de Salud comenzaron a recolectar datos en los centros de salud locales para sustentar las decisiones operativas. Los funcionarios de la oficina de Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva sostuvieron que sus decisiones se basaban principalmente en la información que reunieron directamente de los servicios brindados, usando los indicadores relacionados con sus prioridades establecidas (por ej. muertes maternas, control prenatal, uso de oxitocina, nacimientos hospitalarios y uso de anticonceptivos).

Nuestros entrevistados también mencionaron, entre las fuentes de información para tomar decisiones, sus conocimientos personales de regiones y/o poblaciones específicas, sus propias experiencias y la intuición derivada de otras vivencias laborales, así como de su contacto personal con otros expertos.

A pesar de carecer de información confiable, los funcionarios del Ministerio de Salud emplearon un enfoque vertical, de arriba abajo, hasta 2004, cuando reconocieron también iniciativas locales, tales como "dar a luz en posición vertical" y "las casas maternas" incluyéndolas en protocolos y normas nacionales.[32]

Sin embargo, los funcionarios de nivel intermedio no eran responsables de asignar recursos humanos y financieros y no podían financiar esas iniciativas por su cuenta. En cambio tenían que elaborar informes y recomendaciones de política dirigidas a las Direcciones Generales de Salud del Ministerio, tales como Salud

de las Personas, Medicamentos, Promoción de la Salud e Insumos y Drogas, quienes sí podían tomar estas decisiones, evaluar los informes y validar los datos, comparándolos con datos de sus propias fuentes, antes de tomar decisiones o asignar fondos. Los directores generales de las dependencias mencionadas tenían poco tiempo para estudiar los datos existentes antes de decidir el procedimiento a seguir. Cuanto más alta era su jerarquía en el ministerio, según un titular de la Dirección General de Salud de las Personas, menos tiempo tenían para revisar la información existente y dependían más de sus asesores que se la seleccionaba y/o resumía.

Por lo tanto, no había una conexión entre obtener información actualizada y exacta a nivel operativo y la toma de decisiones a nivel del ministerio, y no era de extrañar que la Oficina de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud se basara en datos históricos para asignar fondos a diversos programas, en vez de elaborar el presupuesto basándose en las necesidades identificadas anualmente y en la demanda y uso reales y actualizados de servicios específicos (Entrevista a exdirector de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y ex-asesor del ministerio). Asimismo, en vista de las inconsistencias en los datos disponibles y el flujo constante de solicitudes de acción que les llegaban a estos funcionarios en torno a muchos asuntos prioritarios, es fácil ver por qué se posponían o retardaban las decisiones poniendo en riesgo los esfuerzos por mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios.

Discusión

Nuestra investigación nos permitió comprender las tensiones existentes entre las demandas de políticas basadas en evidencias, la forma en que realmente se producían los datos y las evidencias, y si los mismos eran o no utilizados para tomar decisiones. Los programas verticales financiados por la cooperación internacional durante los años 90 fueron decisivos para reconocer el valor que tienen las políticas basadas en evidencias, el levantamiento de información sistemática, accesible y actualizada y el desarrollo de sistemas de información y bases de datos para la toma de decisiones políticas y operacionales. Paralelamente, la necesidad política de exhibir el crecimiento y el desarrollo del Perú aumentó el interés en contabilizar las mejoras en las condiciones de salud basándose en indicadores específicos.

Las fuentes de información aumentaron, mas no en una forma integral y planificada, y así la diversidad de sistemas de información suscitó algunos problemas graves. El primero fue que los distintos sistemas de información trabajaban independientemente, sin definiciones estándar que habrían permitido medir los datos en forma exacta, compararlos y fusionarlos. En muchos casos, además, la información se duplicaba. Si bien a comienzos de los años 2000 hubo esfuerzos por construir un Sistema de Información de Salud más integrado, acordar indicadores nacionales y crear más vínculos entre las dependencias estatales, el avance no fue homogéneo.

Los sistemas de información necesitan personal capaz de recolectar y procesar la información, así como una infraestructura técnica básica para guardar, transferir, analizar y compartir los datos recolectados. En el Perú ninguna de estas condiciones se cumplía en forma uniforme. Aunque los programas verticales de las regiones en pobreza extrema tenían fondos para sistemas de información e infraestructura, tenían también recursos técnicos y humanos muy limitados. Los trabajadores de salud estaban sobrecargados en la prestación de servicios y no siempre habían sido capacitados para la recolección de datos o el trabajo informático. Por lo tanto, las condiciones para la recolección y el análisis de datos variaban enormemente de una región a otra.

A estas limitaciones se sumaba la presión política del sector salud para que reportaran mejoras positivas basadas en los indicadores, lo que podría también explicar la mala calidad de los datos recolectados y/o la falta de voluntad de compartirlos. En el ámbito operativo, los funcionarios de programa se sentían propietarios de los datos que producían sus oficinas y se inclinaban a desestimar cualquier otra data considerándola inadecuada e inútil. Además, en el contexto de reforma del sector salud que ponía énfasis en los incentivos para aumentar la calidad de la atención y la productividad, [24] los datos resultantes se utilizaban para evaluar el desempeño del personal y si las metas no se alcanzaban solían peligrar los puestos de trabajo.

El flujo de información ascendente descrito en el presente estudio reveló varias limitaciones estructurales en la recolección y consolidación de datos, no obstante la importancia de tener datos disponibles en cada nivel. Por el contrario, la falta de un flujo de información descendente reflejaba la falta de comprensión del vínculo crucial entre la formulación y la implementación de políticas. En consecuencia, las autoridades decisorias del Ministerio que entrevistamos no consideraban necesario enviar datos sobre salud y mortalidad materna y desempeño local a los funcionarios regionales y locales, responsables de implementar las políticas y brindar servicios en forma constante a la población.

La necesidad de tener sus propios datos regionales y locales, y poderlos comparar con datos de otras regiones y a nivel nacional – además de tener las habilidades para evaluar y mejorar los servicios de sus establecimientos – puso en peligro al programa de descentralización del Ministerio de Salud, iniciado en 2005. Aunque se efectuó la transferencia de funciones a los gobiernos regionales y locales, la fragmentación de los datos y fuentes de datos, así como la mala calidad de la información local y regional, habría tenido un efecto adverso en su capacidad de mejorar la atención de salud y la asignación de recursos.

A nivel nacional, las autoridades decisorias del ministerio tenían dudas sobre las políticas que recomendaban pues la data y la información con que contaban no era confiable. Estaban poco dispuestas a compartir abiertamente la información o responder ante el Congreso de la República, los medios, la sociedad civil, los investigadores o el público en general. La falta de un sistema de datos unificado y confiable fue una de las razones que limitó su capacidad de mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de maternidad.

¿Qué ha cambiado después de este estudio?

Después de 2005 continúan los esfuerzos por mejorar los datos sobre mortalidad materna, tanto a nivel regional como nacional. Los datos operativos se han utilizado principalmente para evaluar el desempeño del programa y el logro de sus metas, como ocurre con el quinto de los Objetivos del Milenio. El Ministerio de Salud continúa con la preocupación de contabilizar la mortalidad materna con indicadores confiables. Desde 2006, el Sistema de Vigilancia Centinela de Mortalidad Materna ha sido aceptado por todas las oficinas y direcciones generales del ministerio como la primera y más exacta fuente de información sobre la cantidad de muertes maternas. Con ello no solo se evita un doble recuento y demoras en recolectar la información, que ocasionaba el uso de más de una fuente de datos, sino que los funcionarios tienen más confianza en la propia data.

A inicios de 2007 el Ministerio de Salud pudo identificar indicadores claros y anuales del desempeño del servicio de salud materna y de la demanda de planificación familiar de las mujeres para monitorear los objetivos del programa. En 2008, el Programa Materno-Infantil fue uno de los cinco programas nacionales estratégicos incluidos en el mecanismo de presupuestos basados en resultados* promovido por el Ministerio de Economía y Finanzas. Esto le dio al Ministerio de Salud la oportunidad de negociar el presupuesto nacional de salud con el Ministerio de Economía y Finanzas; por ejemplo, basándose en la necesidad de servicios prenatales y cuidados obstétricos de emergencia, e indicadores de desempeño del sector salud y de rendir cuentas de los resultados de su programa.

Han mejorado las iniciativas desarrolladas por la Oficina de Estadística e Informática en coordinación con las autoridades decisorias de cada dirección general desde que terminó nuestro estudio. Estadísticos que hasta el 2008 trabajaban para la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva fueron contratados a través de la Oficina de Estadística e Informática para asegurar que se volviera más fluido

* El financiamiento basado en resultados se ha definido como "un pago en efectivo o transferencia no monetaria realizado a un gobierno, gestor, proveedor, pagador o consumidor de servicios de salud una vez que éste haya alcanzado y verificado resultados previamente definidos. El pago se encuentra condicionado a la ejecución de acciones que se puedan medir." www.rbfhealth.org. Requiere un marco conceptual basado en evidencias para identificar las intervenciones y una línea de base para monitorear los avances.

el procesamiento de datos y el acceso a la información, así como para concentrarse en las necesidades de las autoridades decisorias. (Entrevista de seguimiento con personal actual de la Oficina de Estadística e Informática, 2012)

Una evaluación del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud (Par Salud) en 2009 mostró un impacto positivo de los componentes de capacitación e infraestructura, por lo que el proyecto fue renovado por diez años más; sin embargo, los resultados relativos al desarrollo y la integración de los sistemas de información fueron limitados.[34]

Cambios en las prioridades y asignaciones presupuestales impidieron las iniciativas cooperativas de la Oficina de Estadística e Informática y la Oficina Nacional del Registro Civil, para mejorar el registro y acceso a las Tarjetas de Identificación Nacional. Sin embargo, en el 2011 se firmó un convenio para compartir datos y facilitar el registro civil de mujeres y niños en los establecimientos de salud (Entrevista de seguimiento con el Director de la Oficina de Estadística e Informática, 2012).

El mejoramiento de la recolección y procesamiento de datos sobre mortalidad y atención materna, especialmente después de ENDES 2000, ha hecho posible que el Ministerio de Salud identifique, evalúe y priorice los servicios que contribuyen a reducir las muertes maternas. Las mejoras ocurridas entre los años 2000 y 2009 en la proporción de mujeres que dan a luz en un establecimiento de salud lo demuestran (Cuadro 1).[35]

Igualmente, una comparación de la razón de mortalidad materna a lo largo de tres encuestas ENDES muestra que estas disminuyeron de 265 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en la encuesta de 1996, a 185 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en la encuesta del año 2000 y a 103 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en la encuesta de 2009. El informe de la encuesta de 2009 reconoce que aún persisten limitaciones y señala: "A pesar de los muchos errores de muestreo que tenían los estimados de las dos encuestas [anteriores], se puede concluir que ha habido un descenso en la mortalidad materna y que dicho descenso ha sido importante." [33]

Cuadro 1. Lugar del parto (público o privado) datos de la encuesta ENDES, 2000 y 2009

	2000	2009
Todos los partos		
Partos en un establecimiento de salud	57.9%	82.0%
Partos domiciliarios	41.0%	16.7%
Partos en un establecimiento de salud		
Mujeres urbanas	82.4%	93.4%
Mujeres rurales	23.8%	59.0%
Partos en un establecimiento de salud		
Mujeres con educación superior	93.3%	96.2%
Mujeres sin educación escolar	14.5%	54.3%

La ausencia de datos de buena calidad para la formulación de políticas y programas explica en parte por qué la mortalidad materna no disminuyó hasta los niveles que podían haberse esperado, si se tiene en cuenta la cantidad de proyectos dirigidos a reducir las muertes maternas en los años anteriores a 2005. Sin embargo, la combinación de datos mucho mejores, con un mayor conocimiento de lo que se necesita hacer a nivel de políticas y prestación de servicios significa que hay una mejor comprensión de las dimensiones de los problemas de salud materna y que las iniciativas han empezado a mostrar resultados positivos y mensurables.

Debe continuarse con los esfuerzos por mantener y mejorar la calidad de los datos, para asegurar que se puedan monitorear las iniciativas para prevenir la mortalidad materna y se puedan mejorar los servicios. Los esfuerzos por estandarizar los sistemas de información y compartir datos al interior del Ministerio de Salud han sido sumamente importantes para identificar y cuantificar mejor las necesidades de las mujeres en materia de salud reproductiva y salud materna, pero no han sido suficientes. Aún se requiere mejorar los flujos de información dentro del ministerio y entre el ministerio y la sociedad civil para asegurar la disponibilidad de servicios, la retroalimentación entre los distintos niveles de provisión de servicios, el sustento para la toma de decisiones y para permitir que la sociedad civil evalúe el grado de cumplimiento de las responsabilidades estatales.

Par Salud y otros proyectos similares deberían desarrollar relaciones de colaboración con las estructuras administrativas del Ministerio de Salud de tal manera que se integre el trabajo de estas iniciativas en los procesos regulares del sector salud para asegurar su sostenibilidad.

Todavía hay algunos funcionarios del Ministerio de Salud que no conocen las fuentes datos sobre mortalidad materna existentes ni que aún es necesario mejorar los estimados relacionados con categorías específicas de causas de fallecimientos, sobre todo las asociadas a abortos inseguros, embarazos en adolescentes y la falta de servicios para poblaciones aisladas.

Finalmente, aún se necesitan sistemas e indicadores para monitorear y mejorar la calidad de los servicios y la situación de la salud de las mujeres. Para el desarrollo de tales indicadores deben incluirse enfoques de género y de derechos.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas entrevistadas por brindarnos su tiempo y compartir sus conocimientos, y a la Fundación Ford por su apoyo financiero para realizar esta investigación. Una versión preliminar de este estudio se presentó en la Conferencia de la Latin American Studies Association en Rio de Janeiro, celebrada en Junio de 2009. Expresamos nuestro agradecimiento a los participantes del panel por sus comentarios.

Referencias

1. Call to Action, International Conference on Safe Motherhood, Nairobi, 1987; Programme of Action, International Conference on Population and Development, Cairo, 1994; Platform for Action, Fourth World Conference on Women, Beijing, 1995; International Day of Action for Women's Health, 28 May, established 1987, focusing on "Preventing maternal mortality".
2. Ministry of Health. Análisis de la situación de salud del Perú. Informe técnico No2. Lima: General Directorate of Epidemiology, 1995.
3. Watanabe T. Tendencia, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú, 1990–2002. Lima: National Institute of Statistics & Informatics, 2002.
4. Peru Demographic & Health Survey - ENDES 2000. Lima: National Institute of Statistics and Informatics, 2001. At: http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/ Lib0413/Libro.pdf.
5. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO, 2004.
6. Friedman J. Planning in the Public Domain. From Knowledge to Action. Princeton NJ: Princeton University Press, 1987.
7. Lindblom C. The science of muddling through. Public Administration Review 1959;19:79–88.
8. Weiss C. The many meanings of research utilization. Public Administration Review 1979;39:429–31.
9. Almeida C. Research of health sector reform policies in Latin America: Regional initiatives and state of the art. Montreal: PAHO/WHO-IDRC, 2001.
10. Walt G. How far does research influence policy? European Journal of Public Health 1994;4:233–35.
11. Trostle J, Bronfman M, Langer A. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexico policies. Health Policy and Planning 1999;4(2):103–14.
12. Hyder A, Corluja A, Winch P, et al. National policy-makers speak out: are researchers giving them what they need? Health Policy and Planning 2011;26(1):73–82.
13. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Washington DC: World Bank, 1993.
14. Ewig C. Global processes, local consequences: gender equity and health sector reform in Peru. Social Politics 2006;13(3):427–55.
15. Peruvian Ombudsman Office. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. Casos Investigados por la Defensoría del Pueblo. Vol.I. Lima: Ombudsman Office, 1998.
16. Peruvian Ombudsman Office. La Aplicación de la Anticoncepción Quirúrgica y los Derechos Reproductivos. Casos Investigados por la Defensoría del Pueblo. Vol.II. Lima: Ombudsman Office, 1999.
17. Yamin A. Castillos de arena en el camino hacia la modernidad. Una perspectiva desde los derechos humanos sobre el proceso de reforma del sector salud y sus implicancias en la muerte materna. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2003.
18. Seclen J, Jacoby E, Benavides B, et al. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del Proyecto 2000. Revista Brasileira Saùde Materno Infantil 2003;3(4):421–38.
19. Peru Demographic & Health Survey - ENDES 1996. Lima:

National Institute of Statistics and Informatics, 1997.
20. General Directorate of Epidemiology. Maternal mortality in Peru 1997-2000. Lima: Ministry of Health, 2001.
21. Ministry of Health. Impact of the FEMME project in reducing maternal mortality and its significance for health policy in Peru. Lima: Ministry of Health, 2006.
22. Ministry of Health. National plan to reduce maternal and perinatal mortality 2009–2015. Technical document. Lima: Ministry of Health, 2007.
23. Arroyo J. Salud: la reforma silenciosa. Lima: Universidad Cayetano Heredia, 2000.
24. Ugarte O, Monje J. Políticas sociales en el Perú: Nuevos aportes equidad y reforma en el sector salud. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 2001. p.571–72.
25. Padilla A. Relevancia y perspectiva para el desarrollo de los sistemas de información en población y salud sexual y reproductiva en Perú. Revista Peruana Experimental Salud Pública 2007;24(1):67–80.
26. AbouZahr C. Measuring maternal mortality: what do we need to know? In: Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. London: Blackwell Science for Reproductive Health Matters, 1999. p.13–23.
27. National Registry of Identification Office (RENIEC). Plan nacional de restitución de la identidad documentando a las personas indocumentadas 2005-2009. Lima: RENIEC, 2005.
28. National Institute of Statistics and Informatics. Taller de Estadisticas Vitales. Informe final. Lima: National Institute of Statistics and Informatics, 2005.
29. Ministry of Health. Avanzando hacia una maternidad segura. Lima: Ministry of Health, 2006.
30. Anderson J. Mujeres de Negro. Muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de casos. Lima: Ministerio de Salud - Proyecto 2000, 1999.
31. National Institute of Statistics and Informatics. Cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva y otras variables y su relación con el nivel de la mortalidad materna: 2007. Lima: National Institute of Statistics and Informatics, 2007.
32. Mayca J, Plalacios-Flores E, Medina A, et al. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno-perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 2009;26(2):145–60. At: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200004&lng=es&tnrm=iso. Accessed 17 March 2012.
33. Congress of Peru. Law 28927. Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008. Lima: 1997.
34. Ministry of Health. Primera Fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud Par Salud I. Lecciones Aprendidas. Lima: Ministry of Health, 2009.
35. Peru Demographic & Health Survey - ENDES 2009. p.166 & 174. At: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR242/FR242.pdf.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2012 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2012;20(39):31-39
0968-8080/12 $ – see front matter
DOI: 10.1016/S0968-8080(12)39610-9

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

La rendición de cuentas en derechos humanos para los casos de muerte materna y la incapacidad de brindar abortos seguros y legales: Importancia de dos innovadoras resoluciones de CEDAW

Eszter Kismödi,[a] Judith Bueno de Mesquita,[b] Ximena Andión Ibáñez, [c] Rajat Khosla,[d] Lilian Sepúlveda[e]

a. Asesora de derechos humanos, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Correspondencia: kismodie@who.int
b. Catedrática, Facultad de Derecho y Centro de Derechos Humanos, Universidad de Essex, Colchester, Reino Unido
c. Subdirectora, Grupo de Información en Reproducción Elegida, y Presidenta de EQUIS: Justicia Para las Mujeres, Ciudad de México, México.
d. Coordinadora de Políticas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Salud), Amnesty International, Londres, Reino Unido.
e. Directora, Programa Legal Global, Centro de Derechos Reproductivos, Nueva York, NY, EEUU

Resumen: *En el año 2011, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) emitió dos decisiones históricas. En el caso de Alyne da Silva Pimentel contra Brasil, el primero de muerte materna decidido por un organismo internacional de derechos humanos, se confirma que los Estados tienen la obligación de garantizar que todas las mujeres, sin distinción de sus ingresos u origen racial, tengan acceso a servicios oportunos, no discriminatorios y adecuados de salud materna. En el caso de L.C. contra Perú, concerniente a una niña de 13 años víctima de violación, a quien se le negó un aborto terapéutico y quien sufrió grave discapacidad a consecuencia de una demorada operación en la médula espinal, se estableció que el Estado debe garantizar acceso a los servicios de aborto cuando peligre la salud física o mental de la mujer, despenalizar el aborto cuando el embarazo sea producto de violación o abuso sexual, revisar su interpretación restrictiva del aborto terapéutico y establecer un mecanismo para asegurar que los derechos reproductivos sean entendidos y respetados en todas las unidades de salud. Ambos casos demuestran que los servicios de salud accesibles y de buena calidad son vitales para los derechos humanos de las mujeres y amplían las obligaciones de los Estados al respecto. Asimismo, afirman que los Estados deben garantizar la rendición de cuentas en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y ofrecer recursos y reparación en caso de violaciones. Además, reafirman la importancia de los organismos internacionales de derechos humanos en la rendición de cuentas en el caso de las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente ante la ausencia o ineficacia de la rendición de cuentas nacional.* © 2013 edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras Clave: derechos humanos, mortalidad materna, aborto seguro, rendición de cuentas, nacional, recursos y reparación legal, acceso a la justicia, órganos que supervisan la aplicación de tratados de la ONU, Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, Perú, Brasil.

En 2011, el Comité Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, (Comité CEDAW), pronunció dos resoluciones sin precedentes: *Alyne da Silva Pimentel contra Brasil y L.C. contra Perú*. [1,2] Ambos casos están relacionados con dos temas decisivos para los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres: el acceso a servicios de maternidad apropiados y de calidad, y el acceso a un aborto legal y seguro. Los casos se asientan en acontecimientos recientes que tienen que ver con la interpretación de las normas internacionales sobre derechos sexuales y de salud reproductiva.

Este artículo se concentra en estas dos importantes resoluciones. En primer lugar brinda un resumen de los hechos y de la relevancia de los casos. Luego procede a analizar las decisiones, incluyendo las recomendaciones efectuadas por el comité CEDAW al Perú y a Brasil. Estas recomendaciones se basan en el análisis del comité sobre las obligaciones internacionales que tienen los Estados en materia de derechos humanos en el marco de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). [3] Al cierre de este artículo (junio 2012) aún no se sabía si Perú y Brasil implementarán estas recomendaciones. Estos casos son de importancia mundial, porque brindan interpretaciones autorizadas de la CEDAW, la cual es judicialmente vinculante en sus 187 Estados Partes. Este artículo explora las implicancias de estas decisiones a nivel mundial, poniendo de relieve algunos de los procedimientos internacionales en materia de derechos humanos que se pueden emplear para hacer que los Estados respondan por sus obligaciones si la rendición de cuentas nacional fuera inexistente o ineficaz.

Los hechos de los dos casos

El caso de *Alyne da Silva Pimentel contra Brasil* corresponde a una mujer afrobrasileña de 28 años. Alyne con una hija de cinco años tenía seis meses de embarazo de su segundo hijo cuando falleció a fines de 2002, luego de un tratamiento inadecuado en un establecimiento de salud local que, además, no la derivó oportunamente a cuidados obstétricos de emergencia. El establecimiento de salud era privado, pero contaba con financiamiento público parcial, y estaba situado en uno de los distritos más pobres de Rio de Janeiro. Alyne estaba casi al final de su segundo trimestre de embarazo cuando acudió al establecimiento pues padecía síntomas de embarazo de alto riesgo tales como: fuertes dolores abdominales, náuseas y vómitos. El personal del establecimiento de salud se equivocó en el diagnóstico y la envió a casa, retrasando así los cuidados médicos de emergencia. Volvió al establecimiento médico dos días después y finalmente fue internada. Los médicos ya no pudieron detectar latidos cardíacos del feto y por lo tanto indujeron el parto. Luego del parto del mortinato las náuseas, vómitos y dolores abdominales de Alyne persistieron y empeoraron dejándola desorientada. Catorce horas después la operaron para retirar partes de la placenta. Luego de la operación su estado continuó empeorando; tuvo hemorragias severas y vomitó sangre. Su tensión arterial también era baja y rechazaba los alimentos. Sin embargo, el personal del establecimiento le aseguró a su familia que Alyne se encontraba bien. Al día siguiente, su condición empeoró aún más, pero el establecimiento de salud no le hizo ningún examen adicional para establecer cuál era el problema. Aunque necesitaba que la derivaran a un hospital, tuvo que esperar durante horas antes de ser transferida pues solo había una cama libre en un hospital municipal público y éste se negó a mandar su única ambulancia para recogerla. Luego de haberla hecho esperar ocho horas en estado de gravedad, el hospital municipal finalmente aceptó autorizar que se usar su ambulancia para transportarla. Al llegar al hospital la pusieron en un corredor, porque la cama disponible ya estaba ocupada. No recibió atención médica inmediata. El personal del hospital no sabía que acababa de dar a luz, porque su historia clínica no fue enviada con ella; en vez de ello, al médico le dieron un breve informe oral de sus síntomas. Alyne murió en el hospital la noche siguiente. Su muerte pudo haberse evitado.[1]

El caso de L.C. contra el Perú se trató de una niña de una zona muy pobre del país. Durante cuatro años, L.C. había sido violada repetidamente por distintos hombres de su barrio. Cuando en 2006, a la edad de 13 años se dio cuenta de que estaba embarazada, se

sintió profundamente angustiada y se lanzó del techo de un edificio, pero su intento de suicidio fracasó y fue llevada a un hospital. Al día siguiente la evaluación que le hicieron estableció que L.C. estaba en peligro de quedar permanentemente paralizada. El jefe del departamento de neurocirugía recomendó la inmediata realineación de su columna, pero el cirujano de turno se negó a operarla por causa de su embarazo. La junta de médicos del hospital se negó a llevar a cabo un aborto, a pesar de que la ley peruana permite los abortos en caso que la salud o la vida de la mujer se encuentre en riesgo. Recién cuando sufrió un aborto espontáneo, tres meses después de haber sido internada en el hospital, los doctores aceptaron efectuar la operación quirúrgica necesaria. La enorme demora disminuyó dramáticamente el éxito de la intervención, y, como el resultado es que ahora L.C. es tetrapléjica.[2]

La muerte de Alyne y la tragedia de L.C. se dieron en circunstancias que son demasiado comunes para las mujeres embarazadas en muchos países: falta de acceso a adecuados servicios obstétricos de emergencia; demoras injustificables en el tratamiento y la derivación, negación de acceso seguro y legal al aborto; discriminación y diferenciaciones en detrimento de mujeres marginadas, que abarcan a las mujeres que viven en pobreza, mujeres de minorías étnicas y raciales, indígenas o afrodescendientes y adolescentes, y una falta de recursos y reparación legal a nivel nacional. Estos problemas desencadenan deficiente atención de la salud y causan muertes.

Las familias de Alyne y de L.C. lucharon por apelar a los recursos legales y obtener la debida reparación pero no lograron nada en sus respectivos países. Luego de la muerte de Alyne, su familia procuró obtener reparación civil, pero su caso languideció en la corte durante cuatro años y medio. Nunca se realizó una audiencia preliminar, y el tribunal tardó tres años y diez meses para nombrar un perito médico, aunque las reglas del tribunal establecen que el nombramiento no debe tardar más de diez días. En el caso de L.C. no hubo ningún protocolo que le hubiera permitido exigir que tanto el personal médico como las autoridades garanticen su acceso a un aborto legal dentro del limitado periodo de tiempo que hay en estas circunstancias. Por estos motivos, dos organizaciones que promueven y defienden los derechos de la mujer, Advocaci (en Brasil) y Promsex (en Perú) con las familias de Alyne y L.C., respectivamente y con el apoyo del Centro de Derechos Reproductivos, llevaron sus casos al Comité CEDAW, usando lo que se conoce como procedimiento de comunicaciones opcionales. Este procedimiento, permite que las personas y los grupos de mujeres y niñas, que consideran que sus derechos protegidos por la Convención han sido violados, pueden iniciar una demanda contra los Estados que han ratificado el protocolo facultativo.[4]

Resoluciones y recomendaciones del Comité CEDAW

En sus resoluciones el Comité de la CEDAW efectuó recomendaciones concretas a Brasil y Perú que hacen hincapié en algunas de las acciones importantes que deben efectuar los Estados para lograr los más altos estándares en salud y derechos sexuales y reproductivos para mujeres y niñas.

En total hay nueve tratados fundamentales de la Naciones Unidas sobre derechos humanos, además de una variedad de otros tratados regionales de derechos humanos en África, las Américas y Europa. Algunos de estos tratados incluyen protecciones explícitas para los derechos de salud sexual y reproductiva, en tanto que otros tratados incluyen disposiciones más generales que han sido aplicadas en el contexto de estos derechos. Diversos organismos internacionales de supervisión y mecanismos regionales de derechos humanos han desarrollado una jurisprudencia cada vez más rica sobre los derechos de salud sexual y reproductiva. Los elementos claves de estas decisiones se sustentan en la jurisprudencia regida por la CEDAW y otros tratados internacionales de derechos humanos. Sin embargo, ambas resoluciones sientan el precedente de que un organismo de supervisión de tratados de la ONU ha establecido que los Estados que violaron el derecho al acceso a servicios de salud incurrieron en discriminación basada en género pues no han cumplido con brindar servicios de salud reproductiva adecuados y de calidad, en condiciones de igualdad.

Asegurar los derechos de la mujer a un embarazo y parto seguros

En la resolución sobre Alyne, el comité examinó si el gobierno había implementado medidas adecuadas para asegurar el acceso equitativo a servicios obstétricos de buena calidad y concluyó que Brasil no lo había hecho ya que no aseguró la atención obstétrica de emergencia ni la derivación a tiempo para Alyne. El comité también estableció que Alyne no solo había sido discriminada por ser mujer sino también por ser pobre y afrodescendiente lo cual expone las múltiples formas de discriminación de la que pueden ser objeto las mujeres al acceder a servicios de maternidad. En esta resolución el Comité de la CEDAW dictaminó que:

"La falta de servicios de salud materna apropiados del Estado Parte claramente no satisface ni las necesidades específicas y distintivas de salud ni los intereses de las mujeres... [y] tienen un efecto diferenciador en el derecho de las mujeres a la vida" (Párrafo 7.7)

El comité había establecido anteriormente que negar a las mujeres los servicios de salud que solo ellas necesitan constituye una discriminación basada en el género.[5] El caso de Alyne es la primera resolución en la que este ha exigido específicamente que un Estado brinde servicios de salud materna adecuados y de calidad como parte de sus obligaciones contra la discriminación. El comité recomendó que Brasil asegure los derechos a una maternidad segura y a una atención obstétrica de emergencia asequible para todas las mujeres y reafirmó que las políticas del Estado deben estar orientadas a la acción y ser adecuadamente financiadas.

Esta resolución debe analizarse en un contexto donde es cada vez mayor el reconocimiento por parte de los organismos internacionales y regionales de derechos humanos de que la mortalidad materna es un problema de derechos humanos y es también una problemática que ocupa un lugar cada vez más prominente en las agendas de salud pública y desarrollo.[6] La CEDAW y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[7] contienen referencias explícitas sobre la obligación de proteger los derechos de la mujer durante el embarazo y el parto. El contenido de estas obligaciones ha sido especificado por los organismos de supervisión de tratados de la ONU[5,8,9] así como por el Consejo de Derechos Humanos [10-12], el Relator Especial sobre el Derecho [al más alto estándar que se pueda lograr][13,14] de Salud, y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.[15] Todos ellos han recalcado que la obligación que tienen los Estados de asegurar un embarazo y parto seguros incluye garantizar servicios de salud materna adecuados y de calidad; eliminar todas las barreras en las leyes, políticas y prácticas que vayan contra la salud de las mujeres; garantizar el acceso a los factores subyacentes que determinan la salud; y permitir que las mujeres tomen decisiones autónomas sobre los temas que afecten su sexualidad y reproducción.

La mortalidad materna también ha sido un punto de concentración en las decisiones tomadas por algunos tribunales nacionales. Recientemente, la Corte Suprema de Madhya Pradesh sostuvo que "la incapacidad de una mujer a sobrevivir a un embarazo o parto, viola sus derechos fundamentales tal como los garantiza el artículo 21 de la Constitución de la India". Enfatizaba que "es deber principal del gobierno el asegurar que toda mujer sobreviva al embarazo y parto, por lo que el Estado de Madhya Pradesh tiene la obligación de cuidar su vida". [16,17]

El acceso a un aborto legal y seguro por razones de violación y salud

Los tratados sobre derechos humanos, los organismos de supervisión de tratados de la ONU y los tribunales regionales y nacionales han reconocido, cada vez más frecuentemente -y han estado produciendo un cuerpo de jurisprudencia cada vez mayorque para asegurar el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos es preciso que los Estados:

- Garanticen que el aborto sea legal en los casos en que la salud o la vida de una mujer se encuentren en riesgo y/o en los casos en que el embarazo sea resultado de una violación o incesto, y que en estos casos el Estado asegure que la mujer pueda acceder a servicios seguros de aborto.
- Enmienden las leyes que criminalicen los procedimientos médicos que solo sean necesarios

para mujeres y/o que castiguen a las mujeres que se sometan a dichos procedimientos.
- Brinden rápido acceso a cuidados postaborto independientemente de si esté o no permitido legalmente.[9]

En el caso de L.C., el Comité CEDAW reforzó los estándares mencionados anteriormente, invocando que el Perú:

"Revise sus leyes, con el objeto de establecer un mecanismo que permita un acceso efectivo al aborto terapéutico en condiciones que protejan la salud física y mental de la mujer, y evite que vuelvan a suceder hechos como los que se discuten en este caso; y que revise su legislación con el fin de despenalizar el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación o un abuso sexual." (Párrafos 9 (b) (i))

Tal como en el caso de Alyne, el comité dictaminó que los derechos de L.C habían sido violados ya que el Estado no había tomado las medidas necesarias para eliminar la discriminación y asegurar que hombres y mujeres tengan acceso a los servicios médicos en forma equitativa. L.C. no tuvo acceso a ningún procedimiento efectivo y accesible que le hubiera permitido establecer su derecho a los servicios médicos (una cirugía de columna y un aborto terapéutico) que sus condiciones físicas y mentales de salud requerían. El comité estableció que esto es aún más grave dado que se trata de una menor, víctima de abuso sexual y en mal estado de salud mental, como lo demuestra su intento de suicidio.

L.C es la segunda resolución tomada por un organismo de supervisión de tratados de la ONU en los últimos años que se concentra en la denegación del acceso a un aborto terapéutico legal. El caso de K.L. contra Perú (2005) resuelto por el Comité de Derechos Humanos que supervisa el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos se trataba de una joven de 17 años a la cual se le diagnosticó un feto anencefálico a las 14 semanas de embarazo. A pesar de que su embarazo ponía en peligro su salud física y mental, y de que la ley peruana permite el aborto terapéutico, se le negó la posibilidad de tener un aborto legal y se le obligó a continuar con el embarazo hasta el final y a amamantar al bebé hasta su muerte cuatro días después del parto. El Comité por los Derechos Humanos determinó que en este caso Perú es culpable de violar el derecho a no ser objeto de tratos crueles, inhumanos y degradantes y el derecho a la privacidad y cuidados especiales a menores contemplados por el Pacto Internacional. Sin embargo, Perú aún no implementa las recomendaciones efectuadas por el Comité de Derechos Humanos en su resolución.[19]

La resolución sobre L.C. refuerza lo señalado en el caso de K.L. al enfatizar que si el aborto es legal, los Estados tienen el deber de asegurar acceso al mismo. El caso de L.C. establece adicionalmente que el acceso a un aborto permitido legalmente es parte de la no discriminación contra las mujeres. También brinda un análisis refinado de algunos requisitos para garantizar el acceso a un aborto terapéutico legal. El comité estimo que:

"*...como el Estado Parte ha legalizado el aborto terapéutico, debe establecer un marco legal apropiado que permita que las mujeres ejerzan su derecho al aborto terapéutico en condiciones que garanticen la seguridad legal necesaria, tanto para quienes hayan recurrido al aborto como para el profesional de la salud que deba realizarlo... Es esencial que este marco legal incluya un mecanismo que permita una rápida toma de decisiones, con miras a reducir al mínimo posible el riesgo que corre la salud de la mujer embarazada, a que su opinión sea tomada en cuenta, y a que exista el derecho a apelar". (Párrafo 8.17)*

En muchos países existen restricciones legales respecto al aborto. Estas son justificadas a menudo sobre la base de que darán como resultado menos abortos. Sin embargo, la evidencia muestra que las restricciones legales al aborto no hacen que haya menos abortos, y que hacer que el aborto sea ilegal no disminuye su necesidad ni evita que se recurra a él. Más aún, las restricciones legales tienen como principal consecuencia que las mujeres se vean obligadas a pagar grandes cantidades de dinero por un aborto seguro o, en caso de no tener ese dinero, a buscar abortos inseguros lo cual contribuye a la mortalidad y morbilidad relacionadas con el embarazo [20,21] o a viajar para abortar en otros países, lo cual es costoso y hace que los abortos se efectúen más tarde de lo recomendable. Esta gama de opciones, ninguna de las cuales es aceptable,

son síntomas, antes que nada, de desigualdad social.[22]

Rendición de cuentas del Estado respecto al sector privado

Según los estándares internacionales de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de proteger los derechos humanos no solo contra las violaciones por parte de sus representantes, sino también contra actos perjudiciales perpetuados por personas o entidades privadas. [23] La debida diligencia brinda un punto de acceso que permitirá asegurar la prevención, investigación y castigo a personas privadas responsables de causar algún daño así como también brindar recursos legales efectivos. Los Estados deben garantizar también que la privatización de los servicios de salud no disminuya la disponibilidad, accesibilidad, aceptación y calidad del servicio, asegurando la igualdad y la no discriminación.[24]

Experiencias anteriores sugieren que la privatización y tercerización de los servicios de salud sexual y reproductiva a menudo generan un vacío de autoridad, sin que ningún organismo del Estado esté suficientemente a cargo de asegurar que se brinde a todos el estándar de salud más alto alcanzable.[25] En el caso de Alyne, el Comité de CEDAW sostuvo que Brasil deberá ejercer la debida diligencia para asegurar que los establecimientos privados de salud cumplan con los estándares nacionales e internacionales pertinentes para la atención de la salud reproductiva y deberá también asegurar un acceso asequible a cuidados obstétricos de emergencia adecuados para todas las mujeres. El Comité confirmó que el Estado es responsable de las acciones perpetradas por instituciones privadas cuando terceriza sus servicios médicos, y tiene siempre el deber de regular y supervisar a los establecimientos privados de salud. Las conclusiones del Comité se basan en las obligaciones contraídas por los Estados Partes en el marco de la CEDAW para tomar todas las medidas necesarias a fin de eliminar la discriminación contra las mujeres por cualquier persona, organización o empresa. (CEDAW, Artículo 2.e)

La rendición de cuentas de los proveedores de servicios de salud

El Comité de la CEDAW observó que en ambos casos hubo negligencia por parte de los proveedores de servicios de salud y en el caso de L.C., también se basaron en estereotipos. En el caso de Alyne, el Comité señaló que hubo negligencia profesional y que Alyne no recibió los cuidados médicos que necesitaba. En el caso de L.C., los doctores no reconocieron el riesgo que corría de quedar discapacitada permanentemente y no le brindaron los servicios apropiados que hubieran protegido su salud. El derecho a la salud está consagrado por la Constitución Peruana. Según el comité, el hecho de posponer el aborto y la cirugía fue "influenciado por el estereotipo de que la protección del feto debería prevalecer por encima de la salud de la madre". El comité explicó que el Estado no cumplió con su obligación de eliminar todas las prácticas que se basan en roles estereotipados de la mujer, ya que el acceso oportuno al tratamiento médico necesario quedó sujeto a continuar hasta el final con el embarazo no deseado. Se explicó que el "estereotipo" señalado fue el de poner las funciones reproductivas de L.C. por encima de sus derechos humanos fundamentales (Párrafos 8.15 y 9)

Las recomendaciones del Comité de la CEDAW en ambas resoluciones subrayaron las obligaciones que tienen los Estados Partes de brindar capacitación profesional adecuada a los trabajadores de la salud, incluyendo los cuidados relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esto ayuda a garantizar que se brinde un tratamiento médico de calidad durante el embarazo y el parto, y también que se brinde atención obstétrica de emergencia a tiempo. En el caso de L.C., el comité le pidió al Perú que tomara medidas para asegurar que los derechos reproductivos sean comprendidos y observados en todos los establecimientos de salud:

"*Tales medidas deben incluir programas de educación y capacitación para incentivar a los proveedores de servicios de salud a que cambien sus actitudes y comportamientos con relación a las adolescentes que buscan servicios de salud reproductiva en respuesta a necesidades médicas específicas, relacionadas con la violencia*

sexual. También deben incluir guías o protocolos para asegurar que los servicios de salud estén disponibles y sean accesibles en los establecimientos públicos." (Párrafos 9(b) (2))

Monitoreo e Informes

En el caso de Alyne el Comité de la CEDAW recomendó que Brasil implemente su Pacto Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, y que incluya el establecimiento de más comités para monitorear la cantidad y las causas de mortalidad materna.

Las auditorías y estudios sobre mortalidad materna se llevan a cabo en muchos países del mundo.[26] La data resultante ofrece una base importante para determinar las políticas y prioridades de financiamiento necesarias para encarar estas causas y reducir la mortalidad materna. Se usa cada vez más información de este tipo en el campo de los derechos humanos. Los enfoques de políticas y programas en los derechos humanos enfatizan la importancia que tienen los indicadores, que incluyen data cualitativa y cuantitativa fiable, para aumentar su efectividad y sustentabilidad. La información fiable es también usada con mayor frecuencia para evaluar progresos o para procesos de rendición de cuentas en derechos humanos.

Es esencial que los países cuenten con una fuerte capacidad para recopilar esta información, incluyendo la relacionada con la salud de las mujeres, para determinar donde deberían efectuarse las inversiones, y evaluar si se está avanzando en este terreno.[27]

Acceso a la justicia, recursos y reparaciones

La falta de acceso a la justicia y a reparaciones efectivas impide que se ejerzan los derechos sexuales y reproductivos. A menudo, cuando a una mujer embarazada se le niega el acceso a servicios médicos urgentes para salvar su vida y preservar su salud, también encuentra múltiples obstáculos para acceder a instancias de justicia y reparación. La familia de Alyne primero tropezó con el obstáculo de que las autoridades médicas no establecían que hubo responsabilidad profesional y después con graves demoras en el proceso judicial. L.C. enfrentó la ausencia de un mecanismo administrativo adecuado que le hubiera permitido terminar con su embarazo por motivos terapéuticos y someterse a la cirugía, así como la falta de acceso a un mecanismo judicial efectivo que le brindara una reparación por la violación a sus derechos.

Las víctimas de violaciones a los derechos humanos tienen el derecho a obtener recursos y reparaciones efectivas. Los recursos toman una variedad de formas, incluyendo la restitución (el restablecimiento a la situación previa a la violación); rehabilitación (ej. atención médica o psicológica o servicios sociales o legales); compensación (pago por daños económicamente evaluables); satisfacción (ej. reconocimiento del error o un pedido formal de disculpas); y garantías de que no volverá a ocurrir (ej. legislación, mejoras organizativas).[28] Algunas de estas medidas están dirigidas primordialmente a las víctimas individuales de las violaciones, otras se dirigen a la población en general para que defienda proactivamente sus derechos. Dependiendo de la situación, la reparación completa por una violación podría requerir una combinación de estas medidas.

En ambas decisiones, el Comité de CEDAW no solo recomendó recursos que encararan las violaciones sufridas por Alyne y L.C. en sus derechos, sino que además recomendó cambios sistemáticos en los sectores de salud y justicia, y en las propias leyes para evitar que se cometieran abusos similares en el futuro. En el caso de Alyne, el comité recomendó que Brasil brindara una reparación apropiada -que incluyera una compensación económica a la hija de Alyne-, acorde a la gravedad de las violaciones cometidas contra ella. El comité también recomendó que Brasil asegurara el acceso a recursos apropiados en casos en los que los derechos de salud reproductiva de las mujeres fueran violados y brinde también una capacitación adecuada al personal judicial y de las fuerzas del orden.[1] En el caso de L.C., el comité recomendó que el Perú:

"*Otorgue una reparación que incluya una compensación adecuada por los daños materiales y morales, así como medidas de rehabilitación acordes a la gravedad de la violación a sus derechos y su condición de salud, para asegurar que cuente con la mejor calidad de vida posible... [y] que revise sus leyes con el fin de establecer un mecanismo para el acceso efectivo a un aborto terapéutico en condiciones que*

protejan la salud física y mental de la mujer y eviten que se repitan violaciones similares a las mencionadas en el presente caso" (Párrafos 12.a,b)

Asimismo, el comité recomendó que el Perú además "revisara su legislación con miras a despenalizar el aborto cuando el embarazo fuera resultado de una violación o abuso sexual". El comité también hizo recomendaciones para que el Perú tome medidas para generar conciencia sobre los derechos reproductivos en todos los establecimientos de salud, y que esto incluya la capacitación a los proveedores de servicios de salud, y la implementación de guías y protocolos para asegurar que los servicios de salud estén disponibles y sean accesibles en los establecimientos públicos.[2] Estas recomendaciones requieren que el Perú tome medidas proactivas para asegurar que violaciones similares no vuelvan a ocurrir y que mujeres y niñas en situaciones similares a las de L.C. tengan un mejor acceso a los servicios.

La relevancia mundial de estos casos

La CEDAW pidió que los Estados de Brasil y Perú enviaran dentro de los seis meses siguientes, una respuesta por escrito detallando todas las medidas tomadas a la luz de las decisiones y recomendaciones. Estas respuestas debían ser enviadas durante el primer cuatrimestre de 2012. La CEDAW establece que los Estados deben mandar informes sobre la implementación del tratado cada cuatro años. El proceso de informe del Estado Parte, de acuerdo con la CEDAW deberá brindar oportunidades formales que le permitan hacer un seguimiento.

Si bien las recomendaciones legales y de política formuladas por el Comité Legal de la CEDAW fueron efectuadas para Brasil y Perú, pueden también influenciar en las leyes y elaboración de políticas en otros Estados, ya que las circunstancias de estos casos ejemplifican algunos de los principales obstáculos que encara la atención de salud sexual y reproductiva a nivel mundial. Aunque las resoluciones no son por sí solas jurídicamente vinculantes a todos los Estados Partes de la CEDAW, son interpretaciones autorizadas de este tratado, lo que sí le impone obligaciones jurídicamente vinculantes a sus 187 Estados Partes.

Las resoluciones pueden también brindar orientación a otros organismos de supervisión de tratados y a tribunales regionales en la aplicación de los derechos humanos con relación a la salud materna y el aborto. Es más, los estándares establecidos en las decisiones serán tomados en cuenta por las políticas y programas de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales que trabajen en salud sexual y reproductiva.

Estos casos ponen de manifiesto que los mecanismos internacionales de derechos humanos pueden ser utilizados para responsabilizar a los Estados de los derechos en salud sexual y reproductiva, incluyendo los casos en que la rendición de cuentas local está ausente, es inaccesible o es ineficaz, como lo fue para L.C. y la familia de Alyne. Así como la CEDAW, otros órganos de tratados de derechos humanos, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU y los mecanismos regionales de derechos humanos son algunos de los organismos claves que pueden desempeñar en esto un papel importante. La mayoría de estos organismos llevan a cabo procedimientos periódicos de presentación de informes que implican el escrutinio del desempeño de los Estados en materia de derechos humanos. Algunos de estos, como CEDAW, tienen también procedimientos para presentar reclamos, los mismos que pueden ser empleados por individuos y/o grupos.

En septiembre de 2011, se estableció el Grupo Consultivo de Expertos, nuevo e independiente, responsable de informar al Secretario General de la ONU sobre los avances en la implementación de una Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño. También se le ha encargado que efectúe el seguimiento de las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de cuentas, que identificó que la rendición de cuentas es un elemento faltante si se quiere mejorar la salud de mujeres y niños a nivel mundial.[30] El Grupo de Examen Consultivo está en el ámbito de los derechos humanos y brinda una oportunidad novedosa y potencialmente importante para mejorar la salud materna y ampliar los derechos de la mujer en el marco de la salud sexual y reproductiva.

Conclusión

El derecho de la mujer a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo servicios obstétricos de calidad y servicios de aborto legal y seguro, se encuentra protegido en la legislación internacional sobre derechos humanos. Además, los organismos de supervisión de tratados de la ONU y los organismos legislativos y de derechos humanos a nivel regional y nacional reconocen, cada vez con mayor frecuencia, que los servicios de aborto seguro deben ser legales y accesibles, como mínimo cuando sea necesario para proteger la vida y salud de la mujer o en casos de violación y abuso sexual.

La Estrategia Mundial del Secretario General para la Salud de la Mujer y el Niño y la Comisión de Información y Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, establecida en sus inicios, han enfatizado que la redición de cuentas es una estrategia esencial, pero a menudo desatendida, para mejorar la salud de mujeres y niños, incluyendo la disminución de la mortalidad y morbilidad materna.[30]

Las resoluciones ponen en relieve el importante papel que pueden cumplir los derechos humanos para conseguir que los Estados rindan cuentas sobre la situación de la salud sexual y reproductiva con el fin de proteger la vida y salud de mujeres como Alyne o adolescentes como L.C. Brasil y Perú necesitan tomar medidas urgentes para implementar las recomendaciones del comité. La implementación de estas resoluciones no solo tendrá relevancia desde una perspectiva nacional y para las familias afectadas, sino que también tendrá un impacto mundial en el desarrollo de las normativas relacionadas con estos derechos.

Nota

Los puntos de vista expresados en este artículo pertenecen exclusivamente a las autoras y no representan necesariamente la posición de sus respectivas organizaciones.

Referencias

1. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Alyne da Silva Pimentel v. Brazil, decision CEDAW/C/49/D/17/2008. 10 August 2010. At: http://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAWC-49-D-17-2008.pdf.
2. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. L.C. v. Peru, decision CEDAW/C/50/D/22/2009. 4 November 2011. At: http://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-50-D-22-2009_en.pdf.
3. Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women, adopted Dec. 18, 1979, G.a. res. 34/180, U.N. Gaor, 34th Sess., Supp. No. 46, at 193, art. 17, U.N. Doc. a/34/46, (1979) (entered into force Sept. 3, 1981) Art. 12.
4. Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. Adopted, New York, 6 October 1999. Entry into force 22 December 2000. Resolution A/RES/54/4.
5. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, General Recommendation 24: Women and Health, U.N. Doc. Hri/GEN/1/rev.5 (1999).
6. United Nations Millennium Declaration, adopted Sept. 8, 2000, G.A. Res. 55/2, U.N. GAOR, 55th Sess., U.N. Doc. A/55/2 (2000). At: http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm.
7. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights adopted Dec. 16, 1966, G.a. res. 2200a (XXi), U.N. Gaor, 21st Sess., Supp. No. 16, at 49, U.N. Doc. a/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3 (entered into force Jan. 3, 1976) Art. 12.
8. Committee on Economic, Social and Cultural rights, General Comment 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) (22nd Sess., 2000).
9. See also: Center for Reproductive Rights, Bringing Rights to Bear: Preventing Maternal Mortality and Ensuring Safe Pregnancy, October 2008. At: http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB_Maternal%20Mortality_10.08.pdf.
10. Resolution 11/8. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. In: United Nations Human Rights Council, eleventh session, New York, 17 June 2009. New York: UNHRC, 2000.
11. Resolution 15/17. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights: follow-up to Council resolution 11/8. In: United Nations Human Rights Council, fifteenth session, New York, 7 October 2010. New York: UNHRC, 2009.
12. Resolution A/HRC/18/L.8. Preventable maternal mortality and mor-

bidity and human rights. In: United Nations Human Rights Council, eighteenth session, New York, 23 September 2011. New York: UNHRC, 2011.

13. UN Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Health. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. New York, UN General Assembly, A/61/338, 13 September 2006.
14. UN Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Health. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health, Paul Hunt: mission to India. Geneva: Human Rights Council, A/HRC/14/20/Add.2. 15 April 2010.
15. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights. United Nations Human Rights Council, fourteenth session, 2010. At: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39.pdf.
16. Sandesh Bansal v. Union of India, (PIL) W.P.9061/2008, order dates 6-2-2012.
17. Kaur J. The role of litigation in ensuring women's reproductive rights: an analysis of the Shanti Devi judgement in India. Reproductive Health Matters 2012;20(39):21–30.
18. Human Rights Committee. K.L. v. Peru. Decision CPR/C/85/D/1153/2003 22 November 2005.
19. Center for Reproductive Rights. UN Human Rights Committee petitioned with reproductive right case (Peru). Press release, 26 November 2002. Reported in: Reproductive Health Matters 2003;11(21):196.
20. Grimes D, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. Lancet 2006;368:1908–19.
21. Sedgh G, et al. Legal abortion worldwide: incidence and recent trends. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2007;39:216–25.
22. Payne D. More British abortions for Irish women. British Medical Journal 1999;318(7176):77.
23. Human Rights Committee, General Comment 31 (The Nature of the General Legal Obligation Imposed on States Parties to the Covenant), CCPR/C/21/Rev.1/Add.13,26 May 2004.
24. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14 (The Right to the Highest Attainable Standard of Health), E/C.12/2000/4, 11 August 2000.
25. Berer M. Privatisation in health systems in developing countries: what's in a name? [Editorial]. Reproductive Health Matters 2011;19(37):4–9.
26. World Health Organization. Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: WHO Department of Reproductive Health and Research, 2004.
27. World Health Organization. Keeping Promises, Measuring Results. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: WHO, 2011.
28. Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law. General Assembly resolution 60/147 of 16 December 2005.
29. Commentary of the International Law Commission to Article 34 of the Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts. Official Records of the General Assembly, Fifty-sixth Session, Supplement No. 10. A/56/10.2001.
30. United Nations Secretary-General Ban Ki-moon. Global Strategy for Women's and Children's Health. New York: UN, 2010. At: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/index.html.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2013 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2013;20(41):9-17
0968-8080/13 $ – see front matter
PII: S0968-8080(13)41711-1

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Interrupción de un embarazo como cuidado obstétrico de emergencia: Interpretación de la política de salud católica y sus consecuencias para las mujeres embarazadas

Análisis de la muerte de Savita Halappanavar en Irlanda y casos similares

Marge Berer

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

Resumen: *Entre los temas examinados tras la muerte de Savita Halappanavar en Irlanda, en octubre de 2012, figura la interrogante de si es poco ético negarse a interrumpir un embarazo no viable cuando la vida de la mujer podría correr peligro. En servicios de maternidad católicos, esta decisión se cruza con la interpretación de los profesionales de salud de la política católica en cuanto al tratamiento del aborto espontáneo, así como de la ley referente al aborto. En este artículo se explora la interrelación de estos asuntos a raíz de la muerte de Savita, las consecuencias para las mujeres embarazadas y los servicios de maternidad a nivel mundial. Se analizan casos no solo en Irlanda sino también en las Américas. Muchos de los sucesos expuestos son recientes y la mayoría de las fuentes provienen de medios de comunicación e informes individuales. Sin embargo, hay un hilo conductor muy preocupante entre países y continentes. Si en futuras investigaciones se descubren más casos como el de Savita, a todo profesional de la salud y/u hospital católico que rehúse interrumpir un embarazo como cuidado obstétrico de emergencia se le debe despojar de su derecho a ofrecer servicios de maternidad. En algunos países estos son los principales o únicos servicios de maternidad. Aun así, los gobiernos deberían rehusar financiar estos servicios y sustituirlos con servicios no religiosos o exigir que haya personal no religioso disponible en todo momento que específicamente se encargue de tales casos para evitar muertes innecesarias. La interrogante es si la vida de la mujer es o no lo primordial.* **©** 2013 edición en español, 2013 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: mortalidad materna, cuidado obstétrico de emergencia, políticas y legislación sobre el aborto, política católica en cuanto a salud, Irlanda, EEUU, República Dominicana, Costa Rica, El Salvador

"Sólo hay una forma de estar seguros de que la vida de una mujer está en peligro y es cuando se muere." (Christian Fiala, 2012)

En 1987, año en que la Organización Mundial de la Salud lanzó la primera Iniciativa de Maternidad Segura, más de medio millón de casos de mortalidad materna se producían anualmente. Con frecuencia las mujeres que morían eran anónimas y sus muertes nunca se registraron ni estudiaron.

Esa situación contrasta con la muerte de Savita Halappanavar el 28 de octubre de 2012, una dentista de la India, de una clase social

privilegiada, quien tuvo un aborto espontáneo a las 17 semanas de un embarazo muy deseado y falleció en la sala de maternidad de un hospital en Irlanda, país que tiene una tasa de mortalidad materna muy reducida. La muerte de Savita no fue anónima en absoluto; su nombre y su fotografía dieron la vuelta al mundo pocos días después de su deceso y desataron manifestaciones y protestas en las calles, no solo en Irlanda sino en muchos otros países, la India entre ellos. Seis meses después se hizo una investigación sobre su muerte y en muchos lugares siguen publicándose artículos y blogs sobre ella. Los reclamos de su esposo pidiendo justicia siguen apareciendo en los titulares de las noticias en Irlanda, y el gobierno de ese país se ha visto obligado a considerar los efectos de la muerte de Savita frente a la ley sobre interrupción del embarazo, a raíz de lo cual el día en que este artículo entraba en impresión (1 de mayo de 2013) se dio a conocer un proyecto de ley al respecto.

El fallecimiento de Savita se volvió emblemático por varias razones. En primer lugar, porque evitar la mortalidad materna se ha convertido en una prioridad universal. Desde el año 2000, la meta principal del Objetivo de Desarrollo del Milenio No.5 ha sido disminuir la mortalidad materna en un 75% antes del año 2014; además, desde 2010, es uno de los cinco objetivos más importantes de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño.[1] Por otro lado, los casos de mortalidad materna cada vez son objeto de más difusión en los medios de todo el mundo, que informan tanto los logros como los fracasos en su disminución y publican con regularidad historias de mujeres.

En segundo lugar, se ha hecho responsables a los gobiernos por no brindar los servicios necesarios para impedir la mortalidad materna, desde la atención prenatal y el parto hasta el cuidado obstétrico de emergencia, llevándolos a los tribunales, incluso en India. Se han realizado protestas públicas encabezadas por organizaciones que promueven y defienden los derechos de la mujer y audiencias en organismos defensores de los derechos humanos, especialmente de la CEDAW, que examinan casos individuales y formulan recomendaciones de política a los gobiernos.[2]

Lo que distingue el caso de Savita fue el hecho de que no solo se trató de si se debía o no interrumpir el embarazo no viable y cuándo hacerlo, si la salud y la vida de la mujer estaban en peligro, sino también de qué manera la decisión se cruzó con la interpretación individual que le dieron los profesionales de la salud a la política católica de salud y a la ley sobre el aborto en Irlanda.

En vista de los resultados de la investigación sobre la muerte de Savita, el rechazo a una moción para apoyar la legislación sobre el aborto, cuando hay un riesgo real y sustancial para la vida de la mujer, [3] por la Organización Médica Irlandesa y el hecho de que el gobierno irlandés formule propuestas para permitir en Irlanda el aborto en condiciones legales sumamente limitadas, este documento explora de qué manera se agrupan tantos problemas en torno a la muerte de Savita. Se incluye en el estudio la interpretación clínica de la política de salud católica, y las consecuencias que tiene para las mujeres embarazadas en todo el mundo.

Protestas por mortalidad materna

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio han hecho que los países que continúan con altas tasas de mortalidad materna* adquieran cada vez mayor conciencia de sus deficiencias y las organizaciones de la sociedad civil empiezan a luchar reclamando justicia e incluso reparación civil en casos individuales.

En India, por ejemplo, se planteó una demanda de reparación civil en la Corte Superior de Delhi, en el caso de Shanti Devi, quien murió al dar a luz en enero de 2010, después de dos embarazos de alto riesgo en los cuales recibió atención insuficiente y tardía En el primero de los dos embarazos, Shanti rodó las escaleras y después no pudo sentir que el bebé se movía. La inducción del embarazo se demoró hasta que ella precisó cuidados intensivos, pero cuando finalmente se los brindaron, resultaron inadecuados y una hora después del parto sufrió hemorragia y murió. Como su salud seguía siendo muy precaria y no se le ofre-

* En India es 200 muertes por 100,000 nacidos vivos, en comparación con solo 6 por 100,000 nacidos vivos en Irlanda en 2010.2

cieron métodos anticonceptivos, ella volvió a salir embarazada seis meses después. El parto fue prematuro a los siete meses y dio a luz en su casa sin asistencia o ayuda calificada. Este caso aseguró que el Tribunal no solo tomara en cuenta la muerte individual sino las obligaciones constitucionales y de derechos humanos que tiene el gobierno central de India.[4]

Algunas comunidades donde las mujeres se encuentran en situación de alto riesgo por la falta de atención obstétrica rutinaria y de emergencia, también empiezan a protestar contra la mortalidad materna. Uno de estos casos se dio en Uganda, en mayo de 2011, donde cientos de ciudadanos y profesionales de la salud, preocupados por el tema, irrumpieron en el Tribunal Constitucional de Kampala en apoyo a la coalición de activistas que iniciaron un juicio que marcó un hito contra el gobierno por el caso de dos mujeres que sangraron hasta morir al dar a luz en el hospital sin recibir atención.[5]

Este tipo de sucesos está logrando que los gobiernos involucrados se vuelvan muy sensibles a las críticas. Siendo una mujer de la alta clase media, habría sido muy improbable que Savita Halappanavar muriese en India víctima del vergonzoso trato que recibió Shanti Devi. Y sin embargo, irónicamente, el embajador de India ante Irlanda fue de los primeros en criticar a quienes no impidieron la muerte de Savita en Irlanda.[6]

Interrupción de un embarazo no viable como cuidado obstétrico de emergencia

En los círculos médicos se acepta ampliamente que las auditorías en casos de mortalidad materna deben mantener su carácter confidencial para que se pueda tener un examen abierto sobre las causas de la muerte y las acciones que es preciso adoptar para evitar que se repitan tales casos en el futuro, si en realidad fueran evitables. Durante décadas se han realizado y reportado en el Reino Unido las Investigaciones Confidenciales sobre Muertes Maternas sobre esta base,[*2] en un proceso que ha servido de modelo para otros países. En estos casos se supone que los profesionales de salud han actuado de buena fe y lo que se trata es asegurar que en el futuro se eviten los errores cometidos y no castigar a las personas que los cometieron. Esto es muy distinto a encarar la mala praxis o negligencia médica. En mi opinión, no sólo en el caso de Savita sino en los otros que a continuación se resumen y que son similares, es muy pertinente preguntar si hubo en realidad mala praxis.

Parte del tratamiento necesario para salvar la vida de Savita, que debió haberse realizado sin demora, era la evacuación de su útero para interrumpir el embarazo. Tenía 17 semanas. Como el cuello del útero se hallaba totalmente dilatado, el embarazo ya no era viable; vale decir que no había forma ni tratamiento que posibilitara que este continuara el tiempo suficiente para que el niño pudiera nacer. Es más, si el bebé hubiera nacido a las 17 semanas, no habría sobrevivido. Por consiguiente, solo estaban en juego la salud y la vida de Savita, ya que solo se hubiera podido salvar su vida. Pero aparentemente no es así como los médicos de Savita vieron la situación, o al menos no fue lo que determinó las acciones que realizaron. Si nos basamos en lo que se informó en los medios, la interrupción del embarazo se demoró más allá del punto en que se podría haber impedido su muerte y una de las razones que se dieron fue que todavía había latidos en el corazón del feto.[†3]

¿Pero por qué, si el feto no era viable? Lo que parece ser parte de la respuesta proviene de la declaración de una de las enfermeras que atendió a Savita, a quien, cuando le preguntó porque no se le podía interrumpir el embarazo,

---

* El último informe fue publicado como suplemento del BJOG en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjo.2011.118.issue-s1/issuetoc. La historia de estos informes se puede ver en: What has happened to the UK Confidential Enquiry into Maternal Deaths? BMJ 2012;344:e41 en: www.bmj.com/content/344/bmj.e4147.

† Savita además estaba en grave peligro por una infección pélvica, debido a la dilatación del cuello del útero y había desarrollado una sepsis, cuyo tratamiento también fue postergado y contribuyó a su muerte.7 Esta es otra razón por la cual era crucial interrumpir oportunamente el embarazo, y así impedir que la infección se afirmara.

Sin embargo este estudio no se ocupa de lo que causó su muerte, algo que la investigación reveló con gran detalle, sino de lo que causó un retraso tan desmesurado en un aspecto de su tratamiento, es decir, en la interrupción del embarazo.

respondió: "este es un país católico". Esto también apareció en la investigación y fue aceptado por el juez de instrucción como un asunto legal, pues como aparentemente no se reconoció cuán grande era el riesgo para la vida de Savita, una interrupción del embarazo habría sido ilegal y pasible de enjuiciamiento.7 Sin embargo, lo que se ha visto en otros casos en los que se precisaba interrumpir el embarazo para salvar la vida de la mujer embarazada, ha sido una referencia directa a la interpretación profesional o de todo el hospital, de lo que los médicos y enfermeras consideran como política católica de salud en lo relativo al tratamiento de abortos espontáneos por profesionales de salud católicos.

La "Interrupción del embarazo" puede convertirse en una respuesta de emergencia obstétrica necesaria, incluso en un embarazo deseado, y es ahí donde radica el problema. Según la Ley de Delitos contra la Persona, de 1861, interrumpir el embarazo para salvar la vida de la madre es legal en Irlanda, y en todos los demás países del mundo, con cinco excepciones. "Salvar la vida de la madre" *debe* entenderse como impedir que el embarazo ponga en peligro la vida, no cuando ya está la vida en peligro pues ya entonces puede ser demasiado tarde. Cabría suponer que se incluye la interrupción para completar un aborto espontáneo inevitable, o para terminar un embarazo no viable, o cuando una mujer tiene o desarrolla una enfermedad que pone su vida en peligro cuando está embarazada. Sin embargo, no hay nada escrito que especifique qué significa realmente "interrumpir un embarazo para salvar la vida de una mujer" ni cuándo se aplica.

Esto es aún más complicado en Irlanda debido a una enmienda Constitucional de 1983, cuyo objetivo era impedir que algún día se legalizara la interrupción del embarazo o incluso, que se realizara, y que señala que: "*el Estado reconoce el derecho a la vida del no nato y, con la debida consideración al mismo derecho a la vida que tiene la madre, garantiza en sus leyes el respeto y, en la medida que sea practicable, a través de sus leyes la defensa y reivindicación de dicho derecho*." (Artículo 40.3.3, 1983).[8]

El caso de Savita, y otros anteriores a él, han sacado a relucir esta falta de claridad. Por ejemplo, según un informe en Wikipedia, una irlandesa llamada Sheila Hodgers quedó embarazada en 1983, un año después de haber tenido una operación de cáncer de mama y cuando aún estaba en tratamiento. El texto de Wikipedia señala: "*Como los medicamentos anticancerígenos que ella tomaba podían dañar al feto, interrumpieron su tratamiento. La señora Hodgers comenzó a sentir fuertes dolores de espalda y apenas podía mantenerse en pie. Su marido exigió que el hospital indujera con urgencia el parto o que le hiciera una cesárea, pero se la negaron porque podía dañar al feto. También se negaron a darle analgésicos. El hospital tenía que cumplir con 'el contrato del Obispo', un código de ética elaborado por la Iglesia católica.*" Tanto Sheila como el bebé murieron poco después del nacimiento.[9] En 2007, una joven de 17 años, conocida como la señorita D tuvo un embarazo anencefálico (no viable) y acudió a la Corte Superior de Irlanda para evitar que el Ejecutivo de Servicios de Salud le impidiera viajar fuera del país para obtener un aborto. La Corte Superior dictaminó que ella tenía derecho a viajar.[10] Se supone que Irlanda ha desarrollado una política y guías sobre estos temas durante muchos años, y especialmente desde la directiva del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que emanó de un caso juzgado en 2010, en el cual una mujer, con una rara forma de cáncer, había ido al Reino Unido para abortar y proteger su salud, pero argumentó que ella debería haber tenido derecho a abortar en Irlanda. El Tribunal Europeo sostuvo en su caso que había habido una "falta de implementación del derecho Constitucional a un aborto legal en Irlanda, existente". [11] Con ello aclaraba que la legalidad del aborto en Irlanda había sido un problema de larga data cuando Savita murió. Su muerte fue motivo de una enorme protesta pública contra el incumplimiento de la directiva del Tribunal Europeo de parte de Irlanda, y en la protesta participaron especialmente quienes apoyan el derecho de la mujer al aborto. Aunque el hecho de no realizar un aborto como procedimiento obstétrico de emergencia para salvar la vida no era el tema principal de esas protestas, ambos temas están íntimamente relacionados.

En enero de 2013, al declarar ante el comité gubernamental que estudiaba qué hacer respecto a la legislación de Irlanda, tres expertos – la Dra. Jennifer Schweppe de la Universidad

de Limerick, Ciara Staunton de NUI Galway, y el Dr. Simon Mills de the Law Library – presentaron al comité evidencias que habían preparado en forma independiente. Cada uno de ellos dijo que el dictamen de la Corte Suprema en el caso de Roche v. Roche en 2009, [12] pronunciado por Susan Denham, quien desde entonces se convirtió en Presidenta de la Corte Suprema de Irlanda, significaba que si un feto no puede sobrevivir después del embarazo no disfruta de la protección que le otorga la Constitución de Irlanda a la "vida del nonato".[13] ¿Los médicos del hospital que atendieron a Savita no conocían este dictamen? Los habría protegido si ellos hubieran aceptado interrumpir a tiempo su embarazo. ¿O algo más se los impidió?

¿Cuál es la política católica respecto a la interrupción de emergencia del embarazo en caso de riesgo para la vida de la mujer?

Irlanda

La muerte de Savita propició que otras mujeres en Irlanda, que habían sobrevivido experiencias similares, hablaran en público de ello. El *Irish Examiner* reportó el 16 de noviembre de 2012 que en la línea directa de RTÉ Radio, cinco mujeres telefonearon declarando que habían enfrentado situaciones similares a la de Savita. Las cinco tenían entre 15 y 20 semanas de embarazo cuando les ocurrieron los incidentes entre 1997 y 2004 en hospitales irlandeses. Este es el testimonio que se atribuyó a una de ellas:

"*Jennifer dijo que en 2003, cuando tenía 16 semanas de embarazo comenzó a sangrar y acudió al hospital de su localidad. 'Todas las enfermeras que estaban dentro [de la Unidad] simplemente se pusieron a gritar de modo incontrolable. Decían que no había esperanzas para el bebé y que ellas no podían comprender por qué yo no había abortado. No había fluido [alrededor del feto], tenía un solo riñón, líquido en su cerebro. Pero el corazón latía. Siguieron escuchando. 'Jennifer dijo que los médicos y cuatro especialistas se reunieron individualmente con ella, después de su horario de trabajo para exámenes, solo para decirle "es necesario que usted tome una decisión inmediatamente" por las consecuencias que tendría en su salud. Ella dice que uno de ellos le dijo a su madre: 'Yo sé lo que haría si fuera mi hija, hay que leer entre líneas. Se tiene que hacer con urgencia" "Fui a ver a mi médico general a las 11 p.m. era de noche.' Su madre viajó con ella a Inglaterra [para interrumpir el embarazo].*" [14]

Una declaración emitida en noviembre de 2012 por el Comité Permanente de la Conferencia Episcopal Católica de Irlanda, presumiblemente en respuesta al fallecimiento de Savita, no parece contradecir la interpretación de la jurisprudencia irlandesa sobre "igual derecho a la vida" antes citada:

"*La Iglesia católica nunca ha educado en el sentido de que la vida de un niño en el vientre debe preferirse a la de la madre. En virtud de su humanidad común, tanto la madre como el hijo no nacido son sagrados y tienen igual derecho a vivir.*

- Cuando una mujer embarazada se encuentra gravemente enferma y necesita un tratamiento que puede poner en riesgo la vida de su *bebé, dichos tratamientos son éticamente permisibles, siempre y cuando se hayan hecho todos los esfuerzos posibles por salvar tanto la vida de la madre como la de su bebé.*
- Mientras que un aborto es la destrucción directa e intencional de un *bebé no nacido y es gravemente inmoral en toda circunstancia, es diferente a los tratamientos médicos que no procuran directa e intencionalmente poner fin a la vida de un bebé no nacido. Las actuales leyes y guías médicas en Irlanda permiten a las enfermeras y médicos de hospitales irlandeses aplicar esta distinción vital en la práctica, respetando al mismo tiempo el igual derecho a la vida que tienen la madre y su hijo no nacido*" [15]

Sin embargo, el requisito de "*respetar el igual derecho a la vida que tienen la madre y su hijo no nacido*" es el problema, porque en un caso como el de Savita y muchos otros, la madre y el feto no tienen iguales oportunidades de sobrevivir. La política católica rotundamente deja de reconocer este hecho con gran perjuicio para las mujeres. Si bien este texto parece apoyar el tratamiento para que se salve la vida de la madre, es más bien sumamente

ambiguo, precisamente porque continúa insistiendo en su oposición a todos los abortos.

EEUU

Históricamente en los Estados Unidos, las *Directivas éticas y religiosas para servicios de salud católicos* de la Conferencia Episcopal de los Estados Unidos publicadas por primera vez hace más de 60 años, tuvieron por objeto asegurar una obediencia estricta de los principios católicos por parte de todos los trabajadores de hospitales de propiedad de la Iglesia católica, sin variaciones locales. La quinta edición (2009) declara que: "el aborto (vale decir la interrupción intencional del embarazo antes de ser viable, o la destrucción directamente intencional de un feto viable) nunca está permitido."[16] Con respecto a casos como el de Savita solo dice que:

"*47. Están permitidas las operaciones, tratamientos y medicamentos cuyo propósito directo sea la curación de una grave condición patológica en una mujer embarazada, siempre y cuando posponerlas no sea seguro hasta que el nacimiento de un niño no nacido sea viable, inclusive si ocasionaran la muerte de un niño no nacido.*" [16]

Si nos basamos en esta declaración, igualmente parecería que no había necesidad de demorar la interrupción del embarazo en el caso de Savita porque el feto no era viable. No obstante, el latido cardiaco fetal, que indicaba que el feto aún estaba *vivo*, puede haber sido lo que cambió las cosas, como ha sucedido en otros casos, porque puede haber obligado a los profesionales médicos a preocuparse si la muerte del feto se podría o no considerar "directamente intencional".

Los autores de un estudio hecho en 2008 sobre la provisión de un tratamiento para abortos a cargo de ginecólogos-obstetras en hospitales de propiedad de la Iglesia católica en los EEUU, al describir las mejores prácticas médicas, señalan:

"*Según las normas de atención generalmente aceptadas para el manejo de abortos, el aborto se indica médicamente bajo ciertas circunstancias en presencia de tonos cardiacos fetales. Dichos casos incluyen el aborto séptico o inevitable en el primer trimestre, ruptura prematura pre-viable de membranas y corioamnionitis, así como situaciones en las cuales la continuación del embarazo amenaza significativamente la vida o la salud de la mujer. En cada caso el médico debe sopesar el impacto que tendrá en la salud de la mujer frente a la viabilidad potencial del feto, si se continúa con el embarazo.*" [17]

Sin embargo, los autores prosiguen señalando que el manual de los comités de ética de los hospitales católicos, que los médicos utilizan para ayudarlos a interpretar y aplicar las directivas católicas, indican que: "*La simple ruptura de membranas, sin infección, no es suficientemente grave como para permitir intervenciones que conduzcan a la muerte del niño.*"18 Como, según estos autores, el manual de los comités de ética de los hospitales católicos es probablemente considerado como la referencia más autorizada por estos médicos, la evacuación uterina solo puede realizarse después que una mujer se enferme. Por ello, los autores señalan que:

"*Nuestros datos indican que a pesar del deseo de los dirigentes católicos de estandarizar estrictamente los servicios de salud de la Iglesia católica, existen distintas interpretaciones y formas de ejecutar la Directiva 47, tanto a nivel individual (médicos) como institucional (comité de ética hospitalaria)*" [17]

"*...aunque la doctrina católica oficialmente considere permisible el aborto para preservar la vida de la mujer, los comités de ética hospitalaria de los hospitales de propiedad de la Iglesia católica difieren al interpretar la magnitud del riesgo de salud para que sea una amenaza para la vida de la mujer y, por lo tanto, cuán grande debe ser el riesgo antes que aprueben la intervención.*" [17]

Sus entrevistas con seis gineco-obstetras norteamericanos que trabajan en hospitales católicos descubrieron que, a pesar de las orientaciones de los obispos, han ocurrido casos en el manejo de abortos espontáneos en los cuales los comités de ética hospitalaria de los hospitales católicos se han negado a aprobar la evacuación uterina mientras hubiera latido cardiaco fetal, obligando a los médicos a demorar la atención necesaria o la derivación

de la mujer a otro lugar. Algunos médicos incumplieron intencionalmente esta restricción porque opinaron que se ponía en peligro la seguridad de la madre. Esto es lo que escribieron sobre tres de sus informes: [17]

- *Uno informó que en su hospital católico, "era muy raro que se aprobara la interrupción del embarazo si había un latido cardíaco fetal (incluso en "personas que están sangrando, han dilatado por completo y solo tienen 17 semanas") a menos que "parezca que va a morir si no lo hacemos."*
- *Otro informó: "Era muy prematuro, 14 semanas. Ella ingresó... y una mano salía del cuello uterino. Era evidente que había ruptura de membranas y estaba tratando de parir... Había un latido cardíaco y [llamamos] al comité de ética y ellos [dijeron], "No, no se puede hacer nada." La mujer fue entonces enviada a otro hospital, a 145 kilómetros de distancia para que recibiera tratamiento."*
- *Otro más informó: "Nunca olvidaré esto, fue horrible – logré que uno de mis socios aceptara a esta paciente a las 19 semanas. El embarazo era en la vagina. Había terminado... así que él tomó a esta paciente y la transfirió a [nuestro] centro médico terciario, lo cual me puso lívido y, bueno, "vamos a salvar el embarazo". Así que, lógicamente yo estaba de guardia cuando a ella le dio una infección y la infección llegó al punto en que yo le puse vasoconstrictores en pleno trabajo de parto y en el parto Intentando mantener alta su presión y le puse mantas de enfriamiento porque tenía más de 40 grados de fiebre. Y yo tenía que sacar todo. Así que puse la máquina de ultrasonido y todavía latía el corazón del feto y [el comité de ética] no me lo permitió porque aún había un latido cardiaco. Esa mujer se estaba muriendo ante nuestros ojos. Entré a examinarla y pude encontrar el cordón umbilical a través de las membranas así que simplemente lo rompí para poder poner el ultrasonido—"Oh miren. No hay latidos. Sigamos.*"

En otro caso, reportado en 2010 en un hospital administrado por la Iglesia católica en el estado de Arizona, en EEUU, el director del hospital y del comité de ética hospitalaria llegó exactamente a la misma conclusión:

"*...Era el caso de una mujer de veintitantos años, con antecedentes de presión arterial anormalmente elevada, que estaba en tratamiento para controlarla antes de salir embarazada. Los doctores estaban preocupados por el peso adicional que ese embarazo le impondría a su corazón. Ella fue constantemente monitoreada en las primeras etapas del embarazo, cuando las pruebas indicaron que su salud se deterioraba rápidamente... En poco tiempo su hipertensión pulmonar empezó a poner en grave peligro su vida. Los médicos le informaron a la mujer que si ella continuaba con el embarazo el 'riesgo de morir' era alto. Luego de realizar consultas con la paciente, sus familiares, sus médicos y el equipo de ética del hospital, se tomó la decisión de realizar un aborto para salvar la vida de la madre. La presidenta del hospital, Linda Hunt, dijo: 'Las acciones del hospital fueron compatibles con nuestros valores de dignidad y justicia. Si se nos presenta una situación en la cual el embarazo pone en peligro la vida de una mujer, nuestra primera prioridad es salvar a ambos pacientes. Si eso no es posible siempre salvaremos la vida que podamos salvar, y eso es lo que hicimos en este caso. Desde los puntos de vista moral, ético y legal, simplemente no podíamos quedarnos al margen y permitir que muriera alguien cuya vida pudiéramos salvar.*'" [19]

Sin embargo, como resultado de esta decisión, el obispo Thomas J Olmsted retiró oficialmente su afiliación católica al hospital argumentando que "*no cumplía fielmente las directivas éticas y religiosas emitida para los servicios de salud católicos*".[22] Se reportó además que el obispo había logrado que se retirara a [una Hermana] del comité de ética del hospital por aprobar la decisión y que ella misma "se había excomulgado automáticamente", expresando: "*Si bien los profesionales médicos ciertamente deben tratar de salvar la vida de la madre gestante, de ninguna manera pueden valerse del asesinato de su hijo no nacido como un medio. El fin no justifica los medios.*"[20]

República Dominicana, Costa Rica y El Salvador

Al parecer, estas interpretaciones también se realizan en otros países católicos. República Dominicana es uno de los cinco países del mundo en donde no se permite el aborto por ningún motivo, ni siquiera para salvar la vida de la mujer. Aunque esto no debería aplicarse en casos de atención obstétrica de emergencia, sí que se

aplicó en agosto de 2012, en el caso de una joven dominicana de 16 años que tenía leucemia y murió por las complicaciones causadas por un aborto espontáneo. A comienzos de julio de ese año se le diagnosticó que sufría de leucemia, cuando solo tenía pocas semanas de embarazo. En ese momento se le impidió tener un aborto terapéutico –tal como lo recomendaban los profesionales de salud- porque se creía que era ilegal. También se demoraron en administrarle quimioterapia pues los médicos temían que dañara al feto. Tanto la madre como el niño murieron.[21]

En diciembre de 2012, la Campaña Internacional por el Derecho de las Mujeres al Aborto Seguro publicó un pedido de solidaridad en apoyo a una mujer de Costa Rica que estaba gestando un embarazo no viable, con malformaciones fetales múltiples y graves.[22] Durante casi cinco meses, se indicó en el informe, ella sufrió de severos dolores abdominales y en la espalda y no pudo trabajar. En el mejor de los casos la supervivencia del bebé fuera del útero habría sido breve. Sin embargo, no se encontró a nadie en todo el país que le indujera el parto para poner fin al embarazo y a su sufrimiento. Recién a las 29 semanas de embarazo rompió aguas y se le realizó una operación cesárea. En respuesta a las protestas de los grupos que defienden los derechos de la mujer, la señora Ileana Balmaceda, descrita como la más alta autoridad en el sistema de salud pública de Costa Rica manifestó que las leyes del país no permiten el aborto en este tipo de casos (comunicación por correo electrónico el 4 de enero 2013).

En Abril 2013, Amnistía International hizo público el caso de "Beatriz", una mujer de 22 años de edad, de El Salvador, que es otro de los cinco países donde el aborto se criminaliza en todas las circunstancias. En virtud del Artículo No. 133 de su Código Penal, todo aquel que brinde servicios de aborto o intente acceder a ellos, puede ser condenado a largas penas de cárcel. Beatriz tiene un historial de lupus, una enfermedad del sistema inmunológico, una enfermedad renal relacionada con el lupus y otros problemas de salud. Beatriz tiene un hijo de un año. Ella sufrió graves complicaciones durante su anterior embarazo y esta vez se le ha diagnosticado que se encuentra en grave peligro de morir si el embarazo continúa. Tres tomografías han confirmado que el feto es anencefálico, vale decir que es altamente probable que muera antes de nacer o poco tiempo después del parto. Beatriz tenía cuatro meses y medio de embarazo y hacía más de un mes que había estado pidiendo la interrupción del embarazo, sin éxito, cuando se dio a conocer su pedido. Sus médicos (todavía) no lo han atendido, se sienten incapaces de interrumpir el embarazo si el gobierno de El Salvador no les asegura expresamente que no serán llevados a juicio por brindar este tratamiento que salvaría la vida de Beatriz. Hasta el momento no ha habido respuesta de las autoridades a su solicitud de permiso para proceder con la interrupción del embarazo.[23]

En todos estos casos debe entenderse este silencio como la priorización de la vida del feto por encima de la vida de la madre gestante, aun cuando el feto no tenga posibilidad de sobrevivir. Según *Catholics for Choice*, [24] el obispo Olmsted cometió un error de interpretación de la política católica de salud en el caso de Arizona, EEUU. Sin embargo, si nos basamos en la evidencia reunida para este estudio que no es completa y que ha surgido en su mayor parte de los informes aparecidos en los medios desde noviembre de 2012, y solo debido a la muerte de Savita Halappanavar, parece que en tres continentes se viene denegando el permiso a interrumpir un embarazo cuando la vida de la madre está en peligro.

El valor que tiene la interrupción del embarazo, deseado o no deseado, para salvar la vida de las mujeres

Casi siempre los países donde el aborto se mantiene legalmente restringido y es inseguro, son países donde también sigue siendo alto el número de casos de mortalidad materna en embarazos deseados. En otras palabras, en esos países la vida de una mujer embarazada tiene poco valor, ya sea que su embarazo sea o no viable, deseado o no deseado. En los cinco países católicos donde no está permitido interrumpir el embarazo, ni siquiera para salvar la vida de la mujer, es aún más probable que la interpretación de la política católica de salud en el sentido de que la madre debe ser la sacrificada, sea un riesgo.

El parlamentario irlandés, John O'Mahony, de quien se dice que tiene una fuerte postura antiabortista, describió la muerte de Savita Halappanavar como una "terrible tragedia" y dijo que él opinaba que no debió suceder con

la legislación existente. "Me opongo totalmente al aborto, pero estoy totalmente en favor de proteger la vida de la madre," afirmó.[25] Lamentablemente, no se puede conseguir ambas cosas.

¿Es esta la norma en los servicios de maternidad católicos?

"... Puedo afirmar fácilmente que la vida de Savita estuvo en peligro desde el momento en que hubo ruptura de sus membranas a las 17 semanas. Sin embargo, cabe preguntar si la legislación irlandesa representa otro tipo de peligro. De ser así, ¿cómo pueden los médicos juzgar si están ante ese peligro? ¿Rotura de membranas y fiebre? ¿Escalofríos? ¿Bacterias en el líquido amniótico? ¿Cultivos positivos en la sangre? ¿Sepsis? ¿Insuficiencia cardiovascular? ¿Cuán enferma debe estar una gestante en Irlanda para que un médico declare que su vida está en peligro?" [26]

Ésta es una pregunta que hay que hacer, no solo en Irlanda, sino también en otros países. Savita tenía todos esos síntomas. Denegar la interrupción de los embarazos que hemos descrito en este estudio, matar a algunas mujeres y poner la vida de otras en grave peligro no es ético y va en contra del juramento hipocrático de no hacer daño.

¿Cuántos profesionales de salud que creen cumplir la política católica de salud se están negando a interrumpir esos embarazos o se les ha negado el permiso a hacerlo porque el feto aún tenía latido cardíaco? ¿Son excepciones o es ésta la norma en todos los servicios católicos de salud, y de ser así, en cuántos países? Los gobiernos de Irlanda y de todos los otros países donde hay servicios católicos de maternidad deben responder con urgencia estas preguntas.

El imperativo ético de salvar las vidas de las gestantes

Los informes individuales presentados en este estudio apuntan hacia un hilo común muy preocupante en tres continentes. Invitan a realizar una rigurosa investigación de los tratamientos brindados y de sus consecuencias para las mujeres que tienen abortos espontáneos inevitables, graves anomalías fetales y otros embarazos no viables, así como embarazos afectados por enfermedades graves que requieren su interrupción en servicios de maternidad controlados por la Iglesia católica.

Si estudios posteriores revelan más casos como el de Savita, se debe despojar a los profesionales de salud y/o a los hospitales católicos del derecho a brindar servicios de maternidad si se rehúsan a terminar un embarazo como parte del cuidado de emergencia obstétrica. Las instituciones religiosas contribuyen masivamente a brindar atención de salud en muchos países. En Irlanda, casi el 40% de todos los hospitales son de propiedad de instituciones católicas o están administrados por ellas [27] y en los EEUU alrededor del 30%.[17] En algunos países, como por ejemplo en gran parte de América Latina y África Subsahariana, los hospitales a cargo de la Iglesia católica brindan la mayoría o los únicos servicios de maternidad existentes. A pesar de ello, los gobiernos deben negarse a financiar estos servicios y remplazarlos con servicios laicos, o exigir que en todo momento haya personal laico disponible, para encargarse específicamente de esos casos y evitar así muertes innecesarias de madres gestantes.[28*]

Sinceramente, ningún gobierno que tome en serio la mortalidad materna puede apoyar que se niegue cuidado obstétrico de emergencia cuando la vida y la salud de una mujer embarazada pueden estar en peligro. Por definición, la interrupción del embarazo pondrá fin a la vida del feto – ya sea que el embarazo sea deseado o no deseado. El problema es si se toma primero en cuenta la vida de la mujer o si simplemente no se le toma en cuenta en absoluto.

Agradecimientos

Agradecemos a Goretti Horgan, Lisa Hallgarten, Toni Belfield, Pathika Martin y a un colega anónimo por sus muy valiosos comentarios sobre borradores preliminares del texto.

* El gobierno de Obama en los EEUU ha sentado un precedente para esto al retirar un contrato de varios millones de dólares a la Conferencia Episcopal Católica de los EEUU por rehusarse a brindar anticonceptivos en un servicio financiado por el gobierno a las víctimas que han sido objeto de la trata de mujeres y que requieren una gama de tratamientos urgentes. Esta decisión fue apoyada por un tribunal federal de los EEUU en 2012.28

Referencias

1. www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html.
2. Kismödi E, Bueno de Mesquita J, Andión Ibañez X, et al. Human rights accountability for maternal death and failure to provide safe, legal abortion: the significance of two ground-breaking CEDAW decisions. Reproductive Health Matters 2012;20(39):31–39.
3. Doctors refuse to back X case motion. 6 April 2013. Irish Examiner. www.irishexaminer.com/ireland/doctors-refuse-to-back-x-case-motion-227551.html
4. Kaur J. The role of litigation in ensuring women's reproductive rights: an analysis of the Shanti Devi judgement in India. Reproductive Health Matters 2012;20(39):21–30.
5. Ray S, Madzimbamuto F, Fonn S. Activism: working to reduce maternal mortality through civil society and health professional alliances in sub-Saharan Africa. Reproductive Health Matters 2012;20(39):40–49.
6. McDonald H. Hundreds of Irish women forced to come to Britain for abortions. The Guardian, 16 November 2012. www.guardian.co.uk/world/2012/nov/16/irelandabortion-women-forced-abroad.
7. Savita Halappanavar jury returns unanimous medical misadventure verdict. Irish Times. 19 April 2013. www.irishtimes.com/news/health/savita-halappanavarjury-returns-unanimous-medical-misadventure-verdict-1.1365716#.UXFWIIYu0i4.twitter.
8. See: http://en.wikipedia.org/wiki/Eighth_Amendment_of_the_Constitution_of_Ireland.
9. See: http://en.wikipedia.org/wiki/Sheila_Hodgers.
10. High Court grants 'Miss D' right to travel. Irish Times. 5 September 2007. www.irishtimes.com/newspaper/breaking/2007/0509/breaking1.htm.
11. Grand Chamber Judgement A.B and C. v. Ireland 16.12.10, at: http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=003-3375636-3783610. p.5.
12. www.bailii.org/ie/cases/IESC/2009/S82.html.
13. www.thejournal.ie/constitution-allows-abortion-unviablepregnancy-747060-Jan2013/?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter.
14. Ó Cionnaith F. Miscarrying women told to 'read between lines' and go to UK. Irish Examiner. 16 November 2012.
15. www.catholicbishops.ie/2012/11/19/statement-standingcommittee-irish-catholic-bishops-conference-equalinalienable-life-mother-unborn-child/.
16. Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. United States Conference of Catholic Bishops. 5th ed., 2009. p.26. www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/health-care/upload/Ethical-Religious-Directives-Catholic-Health-Care-Services-fifthedition-2009.pdf.
17. Freedman LR, Landy U, Steinauer J. When there's a heartbeat: miscarriage management in Catholic-owned hospitals. American Journal of Public Health 2008;98(10):1774–78.
18. Catholic Health Care in the United States. Washington, DC: Catholic Health Association; 2007.
19. Counihan P. American case echoes Savita story as Bishop strips hospital of Catholic affiliation. IrishCentral. 23 November 2012. www.irishcentral.com/news/American-case-echoes-Savita-story-as-Bishop-strips-hospital-of-Catholic-affiliation-180587051.html.
20. McCann E. www.hotpress.com/archive/6726866.html.
21. Romo R. Pregnant teen dies after abortion ban delays her chemo treatment for leukemia. CNN. 18 August 2012. www.cnn.com/2012/08/18/world/americas/dominican-republic-abortion/index.html.
22. International Campaign for Women's Right to Safe Abortion. Costa Rica: solidarity request. http://safeabortion-womens-right.tumblr.com/post/38219193742/solidarity-request-costa-rica-call-to-action-to-help.
23. Amnesty International. Request for solidarity: El Salvador: woman denied life saving medical intervention.15 April 2013. www.refworld.org/docid/5177d9574.html.
24. Diocese of Phoenix maligns Catholic nun, errs on canon law. Catholics for Choice press release. 20 May 2010. www.catholicsforchoice.org/DioceseofPhoenixMalignsCatholicNun.asp.
25. McGee H. Abortion views of some Fine Gael TDs have shifted. Irish Times. 16 November 2012.
26. Dr Jen Gunter. Blog. http://drjengunter.wordpress.com/2012/11/20/how-sick-must-a-pregnant-woman-be-inireland-for-her-doctor-to-say-her-life-is-at-risk/.20 November 2012.
27. Caring for Health in Ireland. Council for Justice and Peace of the Irish Episcopal Conference. Dublin: Veritas, 2012. www.catholicbishops.ie/wp-content/uploads/2012/02/caring-for-healthin-Ireland.pdf.
28. Mencimer S. Catholic bishops lose a big battle over contraception. Mother Jones. 26 March 2012. www.motherjones.com/mojo/2012/03/catholic-bishops-lose-another-contraception-fight.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2012 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2012; 20(39): 205-212
0968-8080/12 $ – see front matter
DOI 10.1016/S0968-8080(12)39623-7

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Aborto seguro: guía técnica y política para los sistemas de salud

(Segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012)

Desde la década de 1990 se ha observado una notable evolución de las evidencias en salud y tecnologías y en la fundamentación basada en los derechos humanos para la provisión de atención integral y segura del aborto. No obstante, se estima que aún se siguen realizando aproximadamente 22 millones de abortos inseguros por año, que causan la muerte de 47 mil mujeres y discapacidad en 5 millones de mujeres. Un gran número de estas muertes y discapacidades podría haber sido evitado mediante la provisión legal y segura de abortos inducidos. En la mayoría de los países desarrollados, el aborto es legal por la sola solicitud de la mujer o tomando en consideración criterios de tipo social y económico. Los servicios, además, son accesibles y se encuentran disponibles. En los países donde existen fuertes trabas legales para el aborto inducido y no hay provisión de esta práctica, el aborto seguro es frecuentemente un privilegio de los ricos. Las mujeres pobres quedan sin más opciones que recurrir a prestadores inseguros. Esta situación aumenta la morbilidad y mortalidad, de las que finalmente el sistema público de salud termina siendo responsable social y financieramente.

La OMS, ante la necesidad de disponer de las mejores prácticas basadas en la evidencia para la provisión de abortos seguros y resguardar tanto los derechos humanos como la salud de las mujeres, ha actualizado su publicación del año 2003, *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, y ha enunciado recomendaciones para la atención clínica. En este proceso se han seguido los estándares de la OMS para la formulación de guías técnicas, que incluyen: identificación de preguntas y resultados prioritarios; recolección, evaluación y síntesis de la evidencia; formulación de recomendaciones; y planes para la difusión, implementación, evaluación del impacto y actualización. Para las recomendaciones clínicas presentadas en el capítulo 2, se prepararon perfiles de evidencias relativas a las preguntas prioritarias, basados en las revisiones sistemáticas más recientes. La mayor parte de ellas están incluidas en la Base Cochrane de Revisiones Sistemáticas. Además, se revisaron y actualizaron los capítulos 1, 3 y 4 de la publicación del año 2003, con las recientes estimaciones globales sobre aborto inseguro, la nueva literatura acerca de la provisión de servicios, y los avances jurídicos en el campo de los derechos humanos tanto en el ámbito internacional como regional. Un panel internacional de expertos revisó y comentó las recomendaciones preliminares basadas en los perfiles de evidencia, mediante un proceso participativo con el fin de lograr consenso.

Los destinatarios de la guía son los funcionarios a cargo de la formulación de políticas, los administradores de programas y los prestadores de servicios de aborto. En general, la aplicación de estas recomendaciones se deberá ajustar a cada mujer, con énfasis en su situación clínica y el método específico de aborto que se use, respetando las preferencias manifestadas por cada mujer respecto de la atención.

A continuación, se sintetizan las recomendaciones presentadas en este documento. Los detalles de cómo se desarrollaron y aplicaron las escalas para evaluar las evidencias se encuentran en la sección Metodología (en el documento de la guía).

Los participantes en la consulta técnica (que colaboraron en la preparación de las recomendaciones finales en el año 2011) encontraron importantes déficits de conocimiento que debían ser resueltos mediante investigación primaria. En general, se resaltó la importancia de realizar investigaciones orientadas a la desmedicalización de la atención del aborto.

1. Métodos recomendados para aborto quirúrgico

La aspiración al vacío es la técnica recomendada de aborto quirúrgico para embarazos de hasta 12-14 semanas de gestación. El procedimiento no debe ser completado rutinariamente con legrado. La dilatación y curetaje (D&C), si se practica todavía, debe ser sustituida por la aspiración al vacío.

2. Métodos recomendados para el aborto con medicamentos

Mifepristona+ misoprostol

El método recomendado para el aborto con medicamentos hasta las 9semanas de gestación es la administración de 200mg de mifepristona por vía oral, seguida 24 a48 horas más tarde por 800µg de misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual.

Para embarazos de entre 9 a12 semanas, el método recomendado es la administración de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguidos 36 a48 horas más tarde por 800µg de misoprostol, administrados vaginalmente. Las dosis siguientes de misoprostol hasta la expulsión de los restos, deben ser de 400µg por vía vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta un máximo de 4 dosis.

Para embarazos de entre 12 a 24 semanas, el método recomendado es la administración de 200mg de mifepristona por vía oral, seguida 36 a 48 horas más tarde de 800µg de misoprostol por vía vaginal, o 400gµ de misoprostol por vía oral. Las dosis siguientes de misoprostol deben ser de 400µg por vía oral, vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta un máximo de 4 dosis ulteriores.

Para embarazos con más de 24 semanas de edad gestacional, se debe reducir la dosis de misoprostol dada la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos proscribe la recomendación de dosis específicas.

Misoprostol solo

Donde no se disponga de mifepristona, el método recomendado para el aborto con medicamentos es 800µg de misoprostol por vía vaginal o sublingual para embarazos de hasta 12 semanas. La dosis puede ser repetida hasta 3 veces en intervalos de al menos 3 horas y no más de 12 horas.

Cuando no se disponga de mifepristona, para embarazos de más de 12 semanas, el tratamiento con medicamentos recomendado es la administración de 400µg de misoprostol por vía vaginal o sublingual cada 3 horas, hasta un máximo de 5 dosis.

3. Métodos de aborto recomendados en embarazos de edad gestacional mayor a 12 semanas

La dilatación y evacuación (D&E), así como los métodos médicos (mifepristona y misoprostol; solo misoprostol) son los recomendados para el aborto en embarazos de más de 12 semanas. Los centros de atención deberían ofrecer al menos uno, y de ser posible los dos, dependiendo de la experiencia y el entrenamiento del prestador.

4. Recomendaciones para la atención previa al aborto

Preparación cervical

Antes de la realización de un aborto quirúrgico, se recomienda la preparación cervical en todas las mujeres con embarazos de más de 12 a 14 semanas de edad gestacional. Esta preparación puede ser considerada para mujeres con embarazos de cualquier edad gestacional.

Todas las mujeres que requieran dilatación y evacuación (D&E) con embarazos de más de 14 semanas deben recibir preparación cervical previa al procedimiento.

Ecografía

No es necesario realizar una ecografía antes del aborto.

Profilaxis con antibióticos

Todas las mujeres a las que se les realizará un aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de infección pélvica, deben recibir profilaxis con antibióticos previamente o durante el perioperatorio.

No se recomienda el uso de rutina de antibióticos profilácticos en mujeres que optan por un aborto con medicamentos.

Manejo del dolor

Debe ofrecerse de rutina, a todas las mujeres, medicación para el dolor (por ejemplo, antinflamatorios no esteroides) tanto en el aborto quirúrgico como con medicamentos.

El uso de anestesia general de rutina no es recomendado para la aspiración al vacío o para la dilatación y evacuación (D&E).

Nota: se debe ofrecer medicación para el dolor siempre y debe ser suministrada inmediatamente si la mujer la solicita, tanto en abortos quirúrgicos como con medicamentos. En la mayoría de los casos, son suficientes los analgésicos, la anestesia local y/o la sedación consciente acompañada de palabras tranquilizadoras, aunque la necesidad del manejo adecuado del dolor aumenta con la edad gestacional.

5. Recomendaciones para la atención posterior al aborto

Anticoncepción

La anticoncepción hormonal puede iniciarse al momento de realizar un aborto quirúrgico o cuando se administra la primera dosis en el caso de un aborto con medicamentos. El dispositivo intrauterino (DIU) puede insertarse una vez realizado el aborto con medicamentos y se haya confirmado que la mujer ya no se encuentra embarazada.

Seguimiento

No hay ninguna necesidad clínica para un seguimiento de rutina tras un aborto quirúrgico sin complicaciones o un aborto con medicamentos en el que se suministre mifepristona seguida de misoprostol. Sin embargo, se debe asesorar a las mujeres respecto de la disponibilidad de servicios adicionales si los desearan o necesitaran.

Aborto incompleto

Si el tamaño del útero al momento del tratamiento es equivalente a una edad gestacional de 13 semanas o menos, tanto la aspiración al vacío como el misoprostol son métodos recomendados para las mujeres con abortos incompletos. Se recomienda la administración de una sola dosis de misoprostol sublingual (400µg) u oral (600µg).

6. Recomendaciones para los sistemas de salud

Los servicios de aborto seguro deben ser de fácil acceso para todas las mujeres, de acuerdo con lo que establece la ley. Esto significa que los servicios deben estar disponibles en el primer nivel de atención con sistemas de derivación a los niveles de mayor nivel si se requiere.

Las acciones para el fortalecimiento de las políticas y los servicios de aborto deben basarse en las necesidades de salud y los derechos humanos de las mujeres, en la comprensión del sistema de provisión de servicios de salud y en el contexto social cultural y político más amplio.

Los estándares y recomendaciones nacionales para la atención del aborto seguro deben basarse en las evidencias y ser actualizados periódicamente. Además, deben incluir recomendaciones orientadas al acceso equitativo y con adecuada calidad de la atención.

Las nuevas políticas e intervenciones programáticas deben tener en cuenta las mejores prácticas basadas en la evidencia. Las intervenciones complejas sobre la provisión de servicios requieren de evidencia local respecto de la factibilidad y efectividad, la que debe ser obtenida mediante la realización de pruebas piloto a pequeña escala antes de invertir recursos y expandir la intervención.

Se debe asegurar en el entrenamiento de los prestadores de servicios de aborto de modo que adquieran las capacidades necesarias para proveer cuidados de calidad de acuerdo con los principios y estándares nacionales. Asegurar buena calidad de atención en aborto requiere supervisión constante, constatación de la calidad, monitoreo y evaluación.

El financiamiento de los servicios de aborto debe tener en cuenta los costos para el sistema de salud y asegurar que puedan ser recibidos por todas las mujeres que los necesiten. El costo de agregar la atención del aborto seguro a los servicios de salud existentes probablemente sea menor que los costos derivados de la atención de las complicaciones de abortos inseguros.

Una expansión de los servicios con buenos resultados requiere de planeamiento sistemático,

gerenciamiento, dirección y apoyo del proceso por el cual las intervenciones piloto se expanden e institucionalizan. También requiere de suficientes recursos humanos y financieros para apoyar el proceso.

7. Recomendaciones sobre aspectos legales, de políticas y derechos humanos.

Las leyes y políticas relativas al aborto deben proteger la salud y los derechos humanos de las mujeres. Se deben suprimir las barreras legales y de políticas que dificultan el acceso oportuno a los servicios de aborto seguro.

Es necesario un contexto político y regulatorio favorable que asegure que toda mujer que reúna las condiciones legales, tenga acceso a un servicio de aborto de buena calidad. Las políticas deben dirigirse a proteger, respetar y garantizar los derechos humanos de las mujeres, lograr resultados de salud positivos para ellas, proporcionar información y servicios de buena calidad en anticoncepción, y satisfacer las necesidades particulares de las mujeres pobres, las adolescentes, las víctimas de violación y las mujeres que tienen VIH.

Difusión de la guía

Además de la distribución de la versión impresa de la guía, se organizarán talleres regionales sobre la aplicación del *Enfoque Estratégico de OMS para fortalecer las políticas y programas de salud reproductiva* en el tema del aborto inseguro. El objetivo de los talleres será el desarrollo de propuestas que la OMS y sus contrapartes puedan apoyar para utilizar la Guía de Aborto Seguro, de modo de fortalecer las políticas y los programas en el ámbito nacional. En los talleres se incluirán a equipos nacionales seleccionados previamente, a representantes de ministerios/departamentos de salud, a integrantes de equipos o servicios de salud y administradores de programas, así como representantes de ONG, asociaciones profesionales y organizaciones del sistema de Naciones Unidas.

Este texto se basa en el Resumen Ejecutivo de la Guía. La traducción de este artículo al español fue realizada por el OSSyR (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina, HYPERLINK "http://www.ossyr.org.ar"www.ossyr.org.ar).

La Guía está disponible en español en: http://apps.who.int/iris bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

La preparación de esta guía contó con el apoyo de UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP).

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2010 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2010;18(36):147-157
0968-8080/10 $ – see front matter
PII: S0968-8080(10)36526-8

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Evaluación de una intervención de violencia doméstica en los servicios de maternidad y salud sexual de un hospital del Reino Unido

Loraine J Bacchus,[a] Susan Bewley,[b] Carlos Torres Vitolas,[c] Gillian Aston,[d] Peter Jordan,[e] Susan F Murray[f]

a King's College Londres (cuando se hizo el estudio),actualmente es catedrática de Ciencias Sociales, Facultad de Salud y Desarrollo Global, Género, Violencia y Centro de Salud, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, RU. E-mail: Loraine.Bacchus@lshtm.ac.uk
b Obstetriz Consultora, Dirección de Servicios para la Mujer, Guy's & St. Thomas NHS Foundation Trust; Catedrática Titular Honoraria, King's College Londres, Londres, RU
c Asistente de Investigación, King's College Londres (cuando se hizo el estudio), estudiante de doctorado, London School of Economics and Political Science, Londres, RU
d Catedrática de Obstetricia, King's College Londres, Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery, Londres, RU
e Economista, PJA Consultants, Londres, RU
f Profesor de Atención Sanitaria de Salud, King's College Londres, Facultad de Política y Gestión de Salud, Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery, Londres, RU

Resumen: *Este artículo resume la evaluación de una intervención relacionada con la violencia doméstica en los servicios de salud materna y sexual de un hospital del Reino Unido. La intervención comprendió guías, capacitación del personal, indagación rutinaria de todas las pacientes respecto a la violencia doméstica y referencia de las que denunciaron violencia a un servicio de promoción y defensa in situ. Se aplicó un enfoque de "investigación de suposiciones" para evaluar la intervención. Las suposiciones programáticas fueron identificadas y probadas utilizando entrevistas con profesionales de la salud y pacientes, revisión de los expedientes médicos y cuestionarios pre- y post-capacitación. La capacitación en violencia doméstica produjo cambios en los conocimientos y las prácticas de los profesionales de la salud a corto plazo, pero no se logró establecer una rutina de indagación universal, ni tan siquiera en un contexto con apoyo organizacional, guías, capacitación y promoción y defensa. Ocurrieron daños posibles y reales, como violación de confidencialidad e incumplimiento de documentar la evidencia; este último limitó la capacidad de las mujeres para acceder a remedios civiles y jurídicos. El apoyo de promoción y defensa llevó a resultados positivos para muchas mujeres, siempre y cuando se les continuara brindando apoyo para mantener cambios positivos, independientemente de que la mujer permaneciera con su pareja violenta o la dejara. Se concluyó que los servicios de salud materna y sexual son puntos oportunos de intervención para los servicios contra la violencia doméstica, que combinan la indagación rutinaria por parte del personal de salud, apoyo después de confirmada la violencia y atención a la reducción de daños.* © 2013 edición en español, 2010 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: violencia de género, capacitación de prestadores de servicios, investigación de rutina sobre violencia, apoyo legal, Reino Unido

La violencia doméstica (VD), definida en este documento como cualquier conducta que se da en el seno de una relación íntima que genera daños físicos, psicológicos o sexuales entre quienes mantienen dicha relación, es una causa importante de morbilidad y mortalidad entre las mujeres.[1] Estudios a nivel de población realizados en todo el mundo han demostrado que la violencia doméstica , incluyendo la violencia durante el embarazo, tiene una alta prevalencia.[2] En respuesta a esta problemática de salud pública tan difundida, la OMS ha identificado la violencia contra las mujeres como un problema importante para los servicios de salud y muchas asociaciones de profesionales de la salud están alentado a sus miembros a emprender acciones para identificar activamente a las personas que emplean sus servicios y que se encuentran en bajo riesgo, y a reaccionar apoyando a las mujeres víctimas de maltrato dentro de un marco de estrategias multisectoriales.[3]

Entre los temas que más se discuten en materia de política e investigación, predominan los debates sobre la mejor forma de identificar y apoyar a las mujeres maltratadas, sin perder de vista la posibilidad de que al hacerlo también se puedan ocasionar perjuicios a las víctimas.[4] Revisiones sistemáticas de la literatura informan que falta evidencia sustancial que demuestre la efectividad de las intervenciones en el sector salud que intentan indagar de manera rutinaria sobre violencia doméstica. Un estudio aleatorio controlado realizado en los EEUU demostró la eficacia de una intervención comunitaria de defensa que brindó orientación y apoyo práctico a las mujeres en reducir los niveles de violencia experimentados y mejorar el apoyo social y la calidad de vida.[5] Sin embargo, es difícil generalizar estos resultados a todas las mujeres maltratadas que se atienden en servicios de salud, pues dicha intervención se hizo con mujeres que ya habían abandonado a quienes las maltrataban y buscaron ayuda en forma activa. No se sabe mucho sobre intervenciones de defensa para mujeres maltratadas que usen servicios de salud y que todavía continúan en esa relación. A pesar de que algunas asociaciones de profesionales de la salud[3] promueven ampliamente exámenes universales para detectar casos de violencia doméstica y han documentado sus beneficios,[6] realizarlos en la práctica clínica puede resultar difícil. Más aún, las iniciativas de esa naturaleza no carecen de riesgos y es preciso evaluar cuidadosamente su ejecución.

Este artículo presenta los hallazgos de la evaluación de una intervención en los servicios de maternidad y salud sexual de un hospital en el Reino Unido, la evaluación duró dos años y aplicó un marco de trabajo de "investigación de suposiciones". La intervención implicó la introducción de un protocolo clínico para casos de violencia doméstica y un programa continuo de un día de capacitación sobre este tema (entre junio 2005 y setiembre 2007) para que los profesionales de la salud aumenten sus conocimientos sobre la violencia doméstica y sus consecuencias. Esta capacitación tuvo por objetivo permitirles efectuar indagaciones rutinarias para detectar y documentar casos de maltrato y derivar a las mujeres que revelen abuso a un servicio de promoción y defensa, contratado *in situ* para casos de violencia doméstica (Proyecto de Bienestar para la Mujer, MOZAIC, brindado por una organización comunitaria). La capacitación estuvo a cargo de un instructor especialista en el tema, empleado por el hospital; la facilitación contó con el apoyo de una partera. La capacitación combinó métodos didácticos, ejercicios grupales, dramatizaciones y la proyección de un DVD sobre indagaciones rutinarias. Los profesionales de salud recibieron una carpeta de capacitación con información sobre el tema y una lista de recursos que estaban disponibles en sus consultorios. La intervención de promoción y defensa utilizó un "enfoque centrado en la mujer", basado en el análisis que hacían las propias mujeres sobre su situación y los riesgos que percibían en las distintas opciones que se les proponían; este enfoque permitía darles apoyo adaptándose a sus necesidades conforme estas iban cambiando.[7] Los defensores ayudaron a las mujeres a obtener una variedad de recursos comunitarios. El personal femenino del hospital que sufría de violencia doméstica también pudo utilizar el servicio de promoción y defensa. A los pacientes masculinos del consultorio de salud sexual que revelaron ser parte de casos de violencia doméstica, se les brindó información sobre los servicios existentes para víctimas del sexo masculino y para perpetradores de violencia doméstica.

Métodos

El Comité de Ética del Hospital St. Thomas, del NHS, emitió la aprobación ética para el estudio en diciembre de 2004. Elegimos el enfoque de la "teoría de cambio" porque ofrecía un método de evaluación sistemática y acumulativa de los vínculos entre las actividades, los resultados y el contexto. Dicho enfoque tiene tres etapas: delinear con las partes interesadas cuáles son las hipótesis del programa respecto a la manera en que ellos esperan que la intervención cambie conductas y resultados; medir las actividades programáticas y los resultados esperados; y analizar e interpretar los resultados, incluyendo las implicaciones que tendrán en los ajustes teóricos y la asignación de recursos.[8,9] En el informe completo[10] se pueden ver más detalles de la técnica utilizada.[11] En este documento se describen los resultados del examen de las siguientes hipótesis principales sobre el programa en los dos consultorios:

- La capacitación ayudará al personal de salud a implantar las indagaciones rutinarias para detectar casos de violencia doméstica.
- La ejecución de un programa de indagaciones rutinarias sumado al apoyo *in situ* una vez revelado el maltrato, puede mejorar la detección de casos de violencia doméstica.
- Los servicios de maternidad y salud sexual son puntos de intervención temprana para reducir la violencia doméstica.
- Las mujeres que reciben apoyo de un servicio de promoción y defensa contra la violencia doméstica pueden mejorar su situación personal.
- Las indagaciones rutinarias y la promoción y defensa frente a los casos de violencia no ocasionarán perjuicios.

La Figura 1 muestra las principales etapas en el proceso de intervención y los resultados esperados.

Entrevistas cualitativas con usuarias y proveedores de servicios

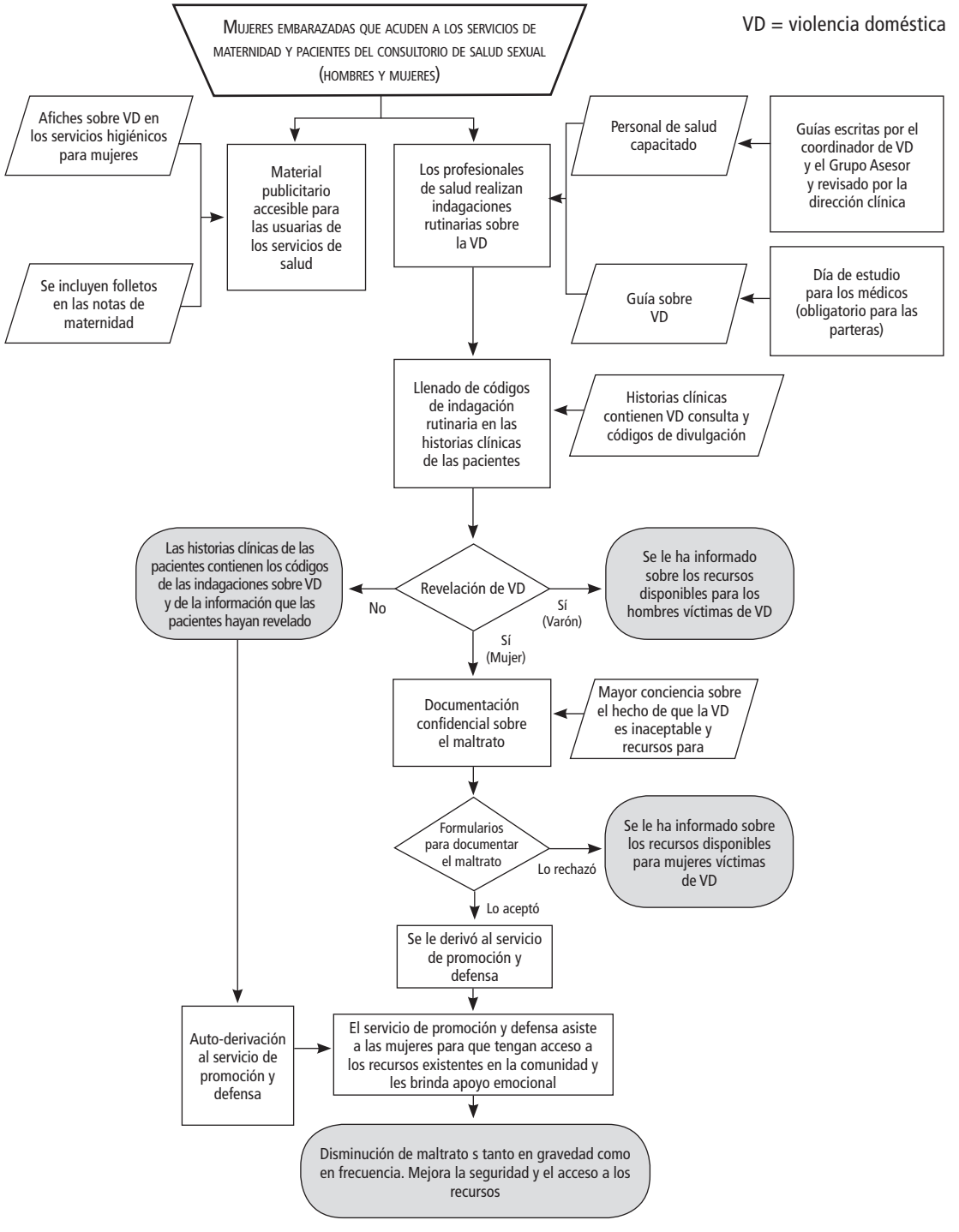
Para la entrevista se seleccionó a los profesionales de salud y a las usuarias de los servicios de maternidad y salud sexual, empleando un muestreo intencional.[12] Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con 34 mujeres, entre 1 y 22 meses después que estas habían recibido apoyo del servicio de promoción y defensa para casos de violencia doméstica, con el fin de explorar cómo fueron sus encuentros con los profesionales de la salud y con el servicio de promoción y defensa. Las mujeres fueron seleccionadas en función de: su entorno clínico, si vivían o no con el agresor al momento de ser derivadas al servicio de promoción y defensa; duración de los maltratos, embarazada o no embarazada; situación legal como inmigrante y acceso a su propio dinero; origen étnico y lengua materna (inglés o español). Entre las entrevistadas hubo también tres mujeres del plantel del hospital que utilizaron el servicio de promoción y defensa. Las características de las mujeres (los detalles se encuentran en el informe completo) reflejan muy bien a las 156 pacientes que usaron el servicio de promoción y defensa, que eran en su mayoría mujeres jóvenes de unos 30 años de edad, ciudadanas británicas y pertenecientes a un grupo étnico minoritario.[11]

Se realizaron entrevistas semiestructuradas (8 parteras y 11 profesionales de salud sexual) y seis debates en grupos focales (19 parteras y 6 profesionales de salud sexual) para explorar cuáles eran los componentes más útiles de la capacitación en las consultas clínicas y qué efecto tenía esta sobre las habilidades, el bienestar y la confianza en la identificación y manejo de los casos de violencia doméstica. Los participantes fueron seleccionados según su entorno clínico (maternidad o salud sexual), grupo profesional (médicos, enfermeras, parteras, asesores de salud), género y tiempo transcurrido desde la capacitación (3 meses frente a 6 meses o más)

Auditoría de historias clínicas

Después de que los profesionales de salud recibieron capacitación sobre el tema, se realizó una auditoría de las historias clínicas en las áreas de maternidad y salud sexual recabadas durante el mes de enero de 2007, con el objetivo de determinar el porcentaje de indagaciones rutinarias realizadas para detectar casos de violencia doméstica. Hasta enero de 2007, 201 (65%) parteras y 32 (58%) profesionales de salud sexual habían recibido capacitación en violencia doméstica y estaban trabajando en los dos servicios clínicos. Se estudiaron los

FIGURA 1. Principales actividades y resultados esperados de la intervención



registros de maternidad de 487 (98%) de las 501 mujeres que dieron a luz en enero de 2007. Ese mismo mes, 915 pacientes fueron atendidas en la clínica de salud sexual; sin embargo, de los 879 registros disponibles para auditoría, sólo se analizaron 644 (73%), que eran los que contenían el código correspondiente a casos de violencia doméstica.

A fin de examinar la cobertura de indagaciones rutinarias durante un año en el servicio de maternidad, se tomaron los datos comparativos de otro estudio de maternidad[13], realizado entre enero y marzo del año 2006, cuando 110 parteras del servicio de maternidad (50%) recibieron capacitación en indagaciones rutinarias. No se contó con datos comparativos de este tipo para la clínica de salud sexual.

Cuestionarios previos y posteriores a la capacitación: profesionales de la salud

Cuestionarios previos y posteriores a la capacitación sobre violencia doméstica fueron aplicados a los profesionales de salud de los servicios de maternidad y salud sexual el mismo día en que las sesiones de entrenamiento tuvieron lugar. Un investigador los invitó a llenar ellos mismos un cuestionario momentos antes de que comenzara la capacitación; la mayoría lo respondió. También se repartió un cuestionario inmediatamente después de la capacitación que fue llenado por casi todo el personal. Seis meses después, se enviaron por correo cuestionarios de postcapacitación a quienes habían participado en el evento; solo una cuarta parte de los participantes respondió. Los detalles de esos cuestionarios y los respectivos resultados han sido publicados en otro lugar.[11,14]

Análisis

Los datos recogidos de las entrevistas cualitativas fueron transcritos y almacenados en la versión Atlas Ti 5.2. Cada entrevista fue codificada por el investigador. Se utilizó un análisis de contenido para identificar los temas clave que se examinaron en relación a las suposiciones que constituían la base de la intervención.[12] Los datos del estudio de las historias clínicas de las pacientes de los cuestionarios de previos y posteriores a la capacitación fueron almacenados en SPSS versión 14. Se llevó a cabo un análisis de cada auditoría por separado, así como de las estadísticas descriptivas y de las medidas de asociación.

Resultados

• Supuesto 1: La capacitación ayudará al personal de salud a implantar indagaciones rutinarias para detectar casos de violencia doméstica.

A menudo se da por sentado que las conductas de los profesionales de la salud cambiarán si se les capacita, pero la efectividad de cualquier actividad de capacitación depende tanto de los receptores como de la propia capacitación. Los cuestionarios previos a la capacitación indicaron que 94 (55%) profesionales de salud en el área de maternidad y 33 (92%) de los del servicio de salud sexual no habían tenido capacitación previa en violencia doméstica. Inmediatamente después de la capacitación 174 profesionales de salud materna (82%) y 38 profesionales de salud sexual (95%) reportaron que su conocimiento sobre violencia doméstica había mejorado mucho más o bastante. Sin embargo, en el cuestionario de postcapacitación que se envió seis meses después 43 de las 56 parteras que respondieron indicaron tener problemas, tales como la presencia de las parejas o familiares durante las consultas, problemas lingüísticos, limitaciones de tiempo en los hospitales ocupados y la renuencia de algunas mujeres a confiar en los profesionales de la salud. Estos resultados se reflejaron también en las entrevistas y en las discusiones en grupos focales con las parteras.

Si bien algunos profesionales de la salud se mostraron optimistas acerca del efecto de la capacitación sobre sus habilidades para indagar sobre la ocurrencia de violencia doméstica, otros fueron más reticentes. La Partera 1, por ejemplo, sólo sintió "un poquito de confianza para sacar a colación el tema con las mujeres", mientras que La Partera 2 se sintió incapaz de pedirle al esposo que se retirara y no pudo pensar en qué decirle para justificar la necesidad de hablar con la esposa a solas. Los profesionales de la salud venían con diferentes niveles de experiencia y conocimiento y esto es algo que debe tenerse en cuenta al diseñar el programa de capacitación. Algunas parteras

reportaron haber evitado enfoques directos para las indagaciones rutinarias, por ejemplo, preguntando "¿Todo está bien en casa?" sin preguntas específicas de seguimiento. En algunos casos, los miembros del personal buscaron practicar indagaciones más selectivas que rutinarias para detectar casos de violencia doméstica cuando les pareció el momento oportuno.

"*Salí de la capacitación sin sentir una verdadera confianza sobre* cómo realizar las preguntas... *Aunque practicamos una dramatización y nos lo explicaron, fue como que lo dejaron para el final y la concientización sobre la violencia doméstica tomó la mayor parte del día, mientras que la capacitación en sí sobre cómo hacer las preguntas se dejó para el final".* (Salud sexual, Enfermera Senior 1).

"Con toda sinceridad debería decir que le pregunto a un 40–50% de las mujeres que cito... porque pienso, bueno, esta vez no le preguntaré pero la próxima estaré más preparada para preguntárselo. Me parece que preguntamos demasiadas cosas en la entrevista inicial y a veces lo que se da es una progresión natural y se les puede preguntar, otras veces es como forzar algo, de manera inesperada, y no me parece bien." (Partera 3)

La capacitación combinada de profesionales de salud materna y salud sexual no funcionó muy bien, ya que la última requiere habilidades para tratar; por ejemplo, con pacientes de sexo masculino que experimentan violencia doméstica o que están refutando una acusación de maltrato. Dada la diversidad de la naturaleza de su grupo de pacientes, los profesionales de salud sexual además requieren información específica sobre cómo ayudar a pacientes homosexuales (mujeres u hombres), bisexuales y transexuales afectados por la violencia doméstica.

• Supuesto 2: La ejecución de un programa de indagaciones rutinarias sumado al apoyo in situ una vez revelado el abuso, puede mejorar la detección de casos de violencia doméstica.

La política asumida previamente a la intervención implicaba responder frente a una revelación espontánea de violencia así como conducir un interrogatorio selectivo cuando los signos de maltrato eran evidentes. El diseño de la intervención se basaba en que las indagaciones rutinarias efectuadas por el personal, en un contexto donde podían derivar a las mujeres a un servicio de promoción y defensa contra la violencia doméstica *in situ,* serían más efectivas para detectar casos de violencia doméstica.

Este supuesto no pudo probarse completamente debido a la ausencia de datos confiables sobre tasas de revelación previas a intervención. Sin embargo, las auditorías de los registros de maternidad de enero a marzo del año 2006 y enero de 2007 indicaban que la tasa de indagaciones rutinarias para la violencia doméstica se triplicó de 15% (170 de 1,133 mujeres) en el primer año de capacitación a un 47% (229 de 487 mujeres) en el segundo año (RR 3.09; CI 2.61–3.65). La tasa de indagaciones rutinarias para la violencia doméstica en el consultorio de salud sexual fue 58% (374 de 644 pacientes), de acuerdo a la auditoría de registro de enero de 2007. La posibilidad de hacer preguntas a las pacientes de sexo femenino acerca de la violencia doméstica fue significativamente mayor que en los pacientes hombres [204 (68%) frente a 169 (49%); $\chi 2=21.77$, df=1, $p \leq 0.01$]. Algunos profesionales de salud sexual no siempre se sintieron cómodos al preguntar a un hombre heterosexual acerca de la violencia doméstica.

"*...de modo que los hombres a los que preguntaba, probablemente hayan sido, en su mayoría, [los] homosexuales de sexo masculino que están disponibles en el centro de salud, y eso ha estado bien. Probablemente, el único momento que fue más difícil fue con tipos que eran heterosexuales... que no entendían muy bien para qué les hacías esas preguntas".* (Salud sexual, Enfermera Sénior 2).

De otro lado, hubo mayor posibilidad de preguntar a los pacientes más jóvenes del centro de salud sexual sobre la violencia doméstica (67% de pacientes ≤25 años frente a 42% de pacientes ≥35 años; $\chi 2=1.76$, df=3, $p \leq 0.01$). No se encontró un sesgo socio-demográfico en relación a las indagaciones rutinarias entre las mujeres que asistían a los servicios de maternidad.

La revelación de la violencia doméstica no solo surgió de la indagación rutinaria. En el

servicio de maternidad, los signos clínicos tales como un moretón en el abdomen, depresión o un altercado público entre una mujer y su pareja, alertaban a los profesionales de la salud sobre la posibilidad de maltrato, lo que los animaba a preguntarles acerca del tema. Fue necesario actuar de manera sensible y generar confianza en aquellas situaciones en que las mujeres eran renuentes a dar a conocer el maltrato.

"*...Yo estaba llorando cuando ella notó los moretones en mi brazo... y empezó a preguntarme; le dije que yo estaba bien y me dijo 'No, puedes hablar conmigo' y comenzó a preguntar y preguntar, y entonces me abrí a ella".* (Usuaria del servicio de maternidad 1, 31 años, 13 meses después de la intervención).

La Tabla 1 muestra las tasas de indagaciones rutinarias para detectar casos de violencia doméstica, efectuadas por profesionales de la salud que recibieron capacitación. Hubo mayor posibilidad de preguntarles a los pacientes acerca de la violencia doméstica si el profesional de salud había asistido a la capacitación.. Sin embargo, dado que solo una submuestra de las historias clínicas en cada escenario contenía información acerca del/de la profesional de salud a cargo de tomar la historia (46%, 226 de 487 en maternidad y 54%, 352 de 644 en salud sexual), los resultados no pertenecen al número total de historias clínicas auditadas sobre las que se ha informado anteriormente.

• Supuesto 3: Los servicios de maternidad y salud sexual son puntos de intervención temprana para reducir la violencia doméstica.

Algunos casos de maltrato doméstico pueden iniciarse durante el embarazo[15] y en el momento que se estableció esta intervención, el Ministerio de Salud del Reino Unido anunció, en un comunicado de prensa, los planes para la formación de un grupo de asesoría conformado por expertos que discutirían la introducción de indagaciones rutinarias para detectar casos de violencia doméstica en los consultorios de maternidad a fin de ubicar a las víctimas en una etapa temprana del maltrato . Sin embargo, los servicios de maternidad y salud sexual probablemente se puedan describir mejor como puntos de intervención "oportunos", ya que algunas mujeres que usan los servicios de maternidad revelaron historias de violencia de larga data con sus parejas. Los resultados de las entrevistas sugieren que las estrategias usuales que las mujeres tienen para enfrentar este problema pueden verse comprometidas durante el embarazo, cuando son físicamente más vulnerables a la agresión, tienen menos capacidad de movimiento, dependen más de su pareja para apoyo práctico y pueden estar sufriendo una depresión. Entre los factores que inducen a las mujeres embarazadas a revelar el maltrato están: la amenaza de su pareja de hacerla abortar, el aumento en la frecuencia o severidad de la violencia, el deseo de proteger al nonato de daños físicos o la humillación que le hace pasar el abusador en presencia de los trabajadores de salud.

"*...la relación con mi esposo se estaba deteriorando cuando me embaracé, así que las primeras personas que contacté fueron las parteras, para decirles en qué situación me encontraba realmente,ado que yo llevo al bebé y estaba preocupada por eso".* (Usuaria del servicio de maternidad 2, 47 años, 8 meses después de la intervención).

"*Tenía que decirle [al doctor]. Tenía que proteger a mi hijo en caso de que él apareciera en el hospital para tratar algo. Poco después de que tuve al bebé él abusó físicamente de mí otra vez, así que tenía que decírselo a alguien".* (Usuaria del servicio de maternidad 3, 31 años, 13 meses después de la intervención).

Tabla 1. Tasas de indagaciones rutinarias sobre violencia doméstica realizadas por profesionales de la salud a cargo de registrar la historia clínica, según estatus de capacitación

% que preguntó sobre violencia doméstica durante la rutina de registro	Maternidad			Salud Sexual		
	N	%	X^2	N	%	X^2
Capacitado	191	59.0	56.3	206	67.8	18.6
No capacitado	35	22.2	p≤0.05	145	50.0	p≤0.01

Algunas mujeres no se definen a sí mismas como personas que están sufriendo violencia doméstica porque el maltrato del que son presas es principalmente psicológico o no consideran la violencia física como algo serio. El reconocimiento de la naturaleza intencional del maltrato en las consultas con los profesionales de la salud, quienes les aclaran que ellos consideran inaceptable un comportamiento abusivo, llevaron a algunas mujeres a creer en el sistema, con lo cual se sembraron semillas para el futuro cambio.

"*Bueno, yo me creía disociada de la violencia doméstica... Pero, ya ve, una se da cuenta después de recibir los panfletos y leer ciertas cosas, y pensé "a mí me está pasando esto""* (Usuaria del servicio de maternidad 4, 33 años, 5 meses después de la intervención).

Sin embargo, algunas mujeres habían experimentado patrones crónicos de violencia con su pareja en el momento en que decidieron hablar con un profesional de la salud. Lejos de estar en las primeras etapas del maltrato, vivían en constante miedo o experimentaban una violencia más grave, inclusive violación. En algunos casos, el agresor la había amenazado específicamente con matar a los dos.

La inclusión del consultorio de salud sexual como el segundo lugar de intervención se basó en la investigación[16] de que las mujeres afectadas por la violencia doméstica se encuentran en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y experimentan dificultades en llegar a un acuerdo sobre el uso de anticonceptivos en comparación con las mujeres no maltratadas. Además, existe mayor probabilidad de que las parejas agresoras se involucren en prácticas sexuales de alto riesgo, tales como el sexo desprotegido con varias parejas, poniendo en riesgo de ITS a la mujer. Las mujeres que iban al consultorio de salud sexual y daban a conocer la violencia de su pareja también tenían varias ITS, describían la falta de control sobre las prácticas sexuales, las conductas riesgosas de sus parejas (p. ej., inyectarse drogas y tener varias parejas) y la intensificación de la violencia grave, incluidos el maltrato sexual y la violación.

"*Yo venía constantemente al consultorio, y eso me avergonzaba. Es como cuando la gente te pregunta ´Bueno, ¿por qué no usan condones?´ Y una piensa: Claro. ¿Cómo le digo a alguien que no puedo usarlos y ni siquiera quiero tener sexo pero me fuerzan a hacerlo?"* (Usuaria del servicio de salud sexual 1, 43 años, 14 meses después de la intervención)

"*Estaba ahí para que me hicieran la prueba de Papanicolaou... y cuando trataron de hacer ingresar el instrumento me dolía muchísimo. Era muy, pero muy desagradable y le dije ´No sé si esta es la causa pero estoy teniendo muchísimos problemas en mi matrimonio´... Ella preguntaba qué clase de problemas estaba teniendo y le dije ´Bueno, lo que pasa es que mi marido es muy violento y muy agresivo y me he trasladado a otra habitación... Cuando dije que no y traté de pelear con él, comenzó la mayor parte del problema, porque, prácticamente me atacó en mi cama* (Usuaria del servicio sexual 2, 48 años, 2 meses después de la intervención).

Los resultados no sugieren que la intervención identificó mujeres en una relación de maltrato desde el inicio, evitando de este modo un incremento progresivo en el nivel de violencia sufrida. Sin embargo, se mostró que los servicios de maternidad y salud sexual eran puntos de intervención oportunos para mujeres maltratadas en diferentes etapas de predisposición para buscar y aceptar ayuda. Aún más, las indagaciones rutinarias realizadas por profesionales de la salud sirvieron para detectar a mujeres que sufrían formas más graves de agresión.

• Supuesto 4: Las mujeres que reciben apoyo de un servicio de promoción y defensa contra la violencia doméstica pueden mejorar su situación personal.

Las entrevistas con mujeres permitieron explorar en profundidad los complejos factores contextuales que afectaron el resultado de la intervención. Algunas reflejaron los resultados positivos que habían logrado cuando todavía vivían con el agresor. Otras describieron un proceso de reevaluación de sus fortalezas y capacidades, una mayor comprensión de la dinámica de la relación de maltrato y el impacto negativo que esto tenía en su familia. En el caso de las mujeres que estaban en sus primeras etapas de decidir qué hacer, el apoyo ofrecido a menudo iniciaba un proceso de reevaluación

de su situación, logrando una visión más profunda de sí mismas y de su relación, y ganando confianza en su capacidad para empezar cambios y sostenerlos. Ellas pudieron explorar tentativamente opciones tales como el dejar temporalmente la situación de maltrato, preguntar acerca de los beneficios de la asistencia social para padres sin pareja, contactar a la policía para comunicar una situación violenta y buscar consejo de un abogado.

"*Tenía miedo y creo que fue lo que salió a relucir en la reunión inicial; temía que fueran corriendo a la policía y lo hicieran encerrar... Me atemorizaba que ese tipo de decisión se me quitara de las manos... No fue prejuiciosa; la asesoría se mantuvo bien equilibrada en esa forma, así que no me estaban encaminando en una única dirección".* (Miembro del personal del hospital que recibió capacitación en promoción y defensa 1, 52 años, 8 meses después de la intervención).
"*Creo que con [el proyecto de promoción y defensa] por ejemplo, ese trabajo que hacen de apoyar a las mujeres a lo largo del proceso, me parece muy importante. Y a través del proceso de ir evaluando, ya sabe, la idea de irse".* (Usuaria del servicio de salud sexual 3, 33 años, 14 meses después de la intervención).

Las decisiones estuvieron influenciadas por el grado de compromiso, el apego emocional y la inversión que las mujeres hacían para mantener la relación, así como por la calidad y disponibilidad de las opciones alternativas, tales como los refugios o viviendas temporales y el vivir con un ingreso reducido. Doce de 34 mujeres (35%) que participaron en una intervención cualitativa no podían recurrir a beneficios sociales debido a su estatus de inmigrantes y dependían completamente del agresor para tener vivienda y soporte financiero. A pesar de una mayor comprensión de su situación, la mayoría optaba por mantenerse en la relación antes que tratar de conseguir sustento para ellas mismas y para su bebé, ilegales en el RU o regresar a su país de origen, donde encontrarían riesgos y peligros adicionales.

"*...es realmente muy, muy difícil estar en este país sin un permiso y estás con alguien que te pega o te hace cosas malas... Está usando esto como un arma para herirte más porque sabe que sea lo (que sea) que te haga, tú [no puedes] hacer nada al respecto".* (Usuaria del servicio de maternidad 4, 28 años, 9 meses después de la intervención).

Veintidós de las 34 mujeres entrevistadas estaban viviendo con su agresor cuando se las derivó al servicio de promoción y defensa de violencia doméstica, en comparación con solo tres, al momento de la entrevista post-intervención. Para algunas, la agresión posterior a la separación continuaba con acechos, amenazas y acoso, agresiones físicas y, en dos casos, violaciones. Las amenazas verbales y los maltratos físicos ocurrían cuando las mujeres llevaban a sus hijos a visitar a su ex pareja. Otros problemas posteriores a la separación, reportados por las mujeres, fueron: depresión, aislamiento, sentimientos que aún tenían para con el agresor, y dificultades prácticas tales como alojamiento inapropiado o de poca calidad en áreas indeseables, falta de dinero o apoyo para el cuidado de los niños y desempleo.

"*Literalmente, dormía con un cuchillo o algo cerca de* mí porque pensaba que no sabía qué estaba pasando. Y, ya sabe, a la*s 2:00, 3:00 de la mañana tocan mi puerta y era él quien tocaba. Y como yo no abría la puerta, ´¡Ah! Ya sé que tienes un hombre ahí adentro, perra; abre la puerta´. Y patea la puerta, golpeando la ventana y despertando con ese ruido a mi hijo y al bebé".* (Usuaria del servicio de maternidad, 33 años, 5 meses después de la intervención).

"*Aquí [en el refugio] no hay espacio... y a veces todo se me viene a la cabeza. Todavía pienso en [él] y siento miedo de que una vez que me mude a otra casa, todavía quiera verlo... Creo que tiene que ver con la soledad. Me siento realmente sola".* (Usuaria del servicio de maternidad 5, 35 años, 13 meses después de la intervención).

Las dificultades para tratar de sostener los cambios posteriores a la separación pueden aumentar el riesgo de que la víctima retorne con el agresor; por ello se necesita soporte continuo. Las intervenciones tienen que brindar apoyo también a las mujeres que no desean dejar a su pareja, incluyendo estrategias para ayudar a las mujeres a descubrir su sentido de autoestima y reducir su aislamiento, además

de una evaluación de riesgo y planificación de seguridad constantes.

• Supuesto 5: Las indagaciones rutinarias acerca de la violencia y la promoción y defensa no ocasionarán un perjuicio.

En un área tan sensible y potencialmente peligrosa como la violencia doméstica, el supuesto de que una intervención programática no tendrá resultados dañinos es cuestionable. Identificamos varias fuentes potenciales de daño durante la evaluación, incluidos el etiquetar y estereotipar negativamente a las mujeres, de parte de los profesionales de la salud, faltas a la confidencialidad, no actuar a pesar de tener la información y no documentar adecuadamente o no proporcionar copias de la documentación en forma oportuna a las mujeres que estaban siguiendo procesos judiciales. Una mujer que estaba recibiendo tratamiento por depresión y apoyo de parte del servicio de promoción y defensa por padecer violencia doméstica describió cómo fue dada de alta con su bebé del pabellón postnatal y enviada a la casa de su pareja agresiva, aun cuando las indicaciones de su caso establecían claramente que estaba esperando alojamiento de emergencia y que no debía salir sin la autorización de su doctor. Entre las faltas a la confidencialidad descritas por los entrevistados estuvieron las discusiones sobre la agresión sufrida por la paciente entre los miembros del personal de salud en presencia de otros miembros de la familia o la información confidencial que el personal de salud transmitía a los familiares.

Se utilizó un sistema discreto de codificación en las historias clínicas para indicar que un profesional de la salud había indagado sobre violencia doméstica, la respuesta del paciente y si se discutió la derivación al servicio de promoción y defensa. Se proporcionó un Formulario Confidencial de Documentación de la Agresión para contar con documentación detallada de la violencia. Sin embargo, de los 20 casos de violencia doméstica registrados en las historias clínicas que examinamos, solo la historia clínica de una mujer tenía dicho formulario. Los profesionales de la salud pensaban que la documentación tomaba tiempo, no podían recordar dónde encontrar el formulario, lo habían documentado en otro lugar o, simplemente, lo habían olvidado.

"*En realidad olvidé que había un código de violencia doméstica, así que, personalmente, no he actuado con la diligencia debida... En cambio sí lo hice al codificar una infección genitourinaria".* (Salud Sexual, Doctor 1)

"*...Creo que la gente escucha una revelación de estas, la deriva [al proyecto de promoción y defensa] y ahí cierra el caso".* (Partera y co-capacitadora en violencia doméstica1)

Por otro lado, algunas parteras respondieron que para ellas fue fácil trabajar con documentación confidencial de violencia doméstica.

"*No ha habido ningún problema en archivar el material en el gabinete post-natal porque lo usamos también para, por ejemplo, aspectos de protección del niño".* (Partera 4)

El hecho de separar la documentación fue particularmente importante para el servicio de maternidad, ya que las mujeres guardan sus historias y las dejan después del parto. A pesar de eso, la auditoría de sus historias clínicas de maternidad reveló que de las 9 notas de maternidad codificadas como positivas para violencia doméstica, tres contenían notas escritas sobre mujeres que fueron derivadas al proyecto de promoción y defensa y dos tenían breves versiones de la agresión.

"*No recuerdo haber documentado nada. Creo que [el doctor] podría haberlo escrito en las notas médicas en ese momento... Pienso eso (notas de registro de maternidad en el folder manual) porque me dieron un puñetazo en el estómago y recuerdo que él estaba haciendo un dibujo y me mandó a tomar una ecografía para asegurarnos de que todo estaba en orden".* (Usuaria del servicio de maternidad 3, 33 años, 5 meses después de la intervención)

La calidad de la documentación puede influir en la capacidad de la mujer agredida para emprender acciones civiles y legales. En el siguiente comentario, la mujer comparó la documentación proporcionada por su partera y el médico general:

"*[Con] el doctor que tengo ahora, la consulta es muy buena, pero cuando necesité las notas para el mandato judicial, todo decía "alegó esto" y "alegó aquello". Pero sentí que el hecho de contar con el informe de la partera fue lo que me ayudó*

de verdad... Pude darle al juez otros ejemplos de lo que había pasado. Él estaba convencido en la audiencia inicial de que este evento sí había ocurrido". (Usuaria del servicio de maternidad 6, 40 años, <1 mes después de la intervención)

Estos son ejemplos de perjuicios potenciales. El caso más serio de daño real durante el período de evaluación tuvo que ver con una mujer que fue agredida por su ex pareja después que este descubrió que una agresión anterior cometida por él había sido documentada en la historia clínica de maternidad. Ella tuvo mucho miedo de continuar usando el servicio de promoción y defensa y una partera comunitaria de confianza tuvo que iniciar un procedimiento de queja por ella, que conllevó a una investigación de riesgo clínico.

Discusión

Nuestros hallazgos sugieren que tanto los servicios de maternidad como los de salud sexual pueden ofrecer puntos oportunos de intervención para las mujeres que sufren de violencia doméstica. Aparentemente, algunas de las mujeres se beneficiaron al ser derivadas al servicio de promoción y defensa y la mayoría dejó a su agresor. Sin embargo, el hecho de dejarlo no necesariamente cortó con la agresión para algunas, lo que sugiere que las intervenciones posteriores a la separación son fundamentales para mantener la seguridad y el bienestar de las mujeres y los niños. Se necesitan estudios a largo plazo para saber más sobre los factores que aceleran u obstaculizan los caminos de las mujeres a la seguridad. Durante las primeras fases de una relación agresiva, algunas mujeres se esfuerzan por mantener la apariencia de tener una relación normal aislándose y manejando o sobrellevando la agresión[17]. Por lo tanto, los profesionales de la salud pueden tener más éxito en la detección de casos severos de agresión a través de la indagación rutinaria.

Los resultados de los programas de capacitación fueron prometedores, con mejoras demostrables en el conocimiento y práctica clínica de los profesionales de la salud, por lo menos en el corto plazo. Sin embargo, a pesar de que haberse ampliado considerablemente la cobertura en el servicio de maternidad, la capacitación no logró que la indagación para detectar casos de violencia doméstica fuera aplicada de manera universal en ninguno de los consultorios al final de la evaluación. Este resultado también había sido reportado en varios estudios realizados en los Estados Unidos.[18,19] Los resultados de los cuestionarios y entrevistas sugieren que los métodos de capacitación deberían estimular la práctica de los conocimientos y capacidades experimentales, con sesiones de retroalimentación. Más aún, la capacitación también necesita amoldarse a escenarios clínicos y a perfiles de pacientes específicos. La capacitación de seguimiento, la supervisión clínica continua, la colaboración con instituciones especializadas en violencia doméstica y los procesos claros de derivación son elementos indispensables para promover cambios sostenibles en la práctica de los profesionales de la salud. En concordancia con otros estudios, parecería que esta intervención fue menos exitosa en mejorar la documentación de la violencia doméstica.[18,20] Responder a la violencia doméstica requiere gran sensibilidad y habilidad por parte de los profesionales de la salud y de los trabajadores de promoción, a fin de que su intervención beneficie a las mujeres y a sus hijos, y no los perjudiquen. Necesitamos datos más sólidos sobre los beneficios y posibles perjuicios de las intervenciones en cuestión.[21] Hasta donde sabemos este es el primer estudio que trata de identificar las potenciales fuentes de perjuicio con la implementación de un programa en forma detallada. Los incidentes no fueron frecuentes, pero hubo algunos potencialmente graves. La deficiencia o carencia de documentación significa que los profesionales de la salud tienen menos capacidad de abordar las necesidades de la paciente clínicamente, evaluar riesgos, establecer la naturaleza actual de la agresión, derivar a la persona hacia la ayuda adecuada o proporcionar evidencia para fines legales y otros civiles. Las Intervenciones Programáticas de este tipo son complejas, fluidas y constituyen un reto. Se necesita que este problema se estudie en forma continua, se adapte y mejore para aumentar la cobertura de la indagación rutinaria, mejorar la documentación y el respeto de la confidencialidad. Si se logran abordar estas áreas exitosamente, habrá pruebas de que este modelo de intervención puede detectar y apoyar a las mujeres que son víctimas de violencia doméstica.

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer al Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Trust, al personal del Proyecto de Bienestar para la Mujer, MOZAIC, al Proyecto Comunitario 170 y a todos los usuarios y profesionales de salud de los servicios de maternidad y salud sexual que participaron en el estudio. El estudio fue financiado en su integridad por Guy's & St Thomas' Charity (Donación No.G040204).

Referencias

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organisation, 2002. At: <www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/?>. Accessed 3 September 2010.
2. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet 2006;368:1260–69.
3. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. Lancet 2002;359:1509–14.
4. Taket A, Wathen CN, MacMillan H. Should health professionals screen all women for domestic violence? PLoS Medicine Public Library of Science 2004;1:7–10.
5. Ramsay J, Carter YH, Davidson LL, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009; 8 July.
6. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine screening for domestic violence in a maternity service. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002;109:9–16.
7. Davies J, Lyon E, Monti-Catania D. Safety Planning with Battered Women. Complex Lives, Difficult Choices. Thousand Oaks California: Sage Publications; 1998.
8. Connell JP, KubischAC. Applying a theory of change approach to the evaluation of comprehensive community initiatives: progress, prospects and problems. In: Fullbright-Anderson A, Kubisch AC, Connell JP, editors. New Approaches to Evaluating Community Initiatives. Washington DC: Aspen Institute; 1998.
9. Chen HT. Practical Program Evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005.
10. Birkmayer JD, Weiss CH. Theory-based evaluation in practice. What do we learn? Evaluation Review 2000;24:407–31.
11. Bacchus L, Aston G, Torres Vitolas C, et al. A theory-based evaluation of a multi-agency domestic violence service based in maternity and genitourinary services at Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Trust. London: Kings College London, 2007. At: <www.kcl.ac.uk/schools/nursing/research/themes/women/projects/maternal/domesticviolence.html>. Accessed 28 June 2010.
12. Dixon BR, Bourma GD, Atkinson GBJ. A Handbook of Social Science Research. A comprehensive and practical guide for students. Oxford: Oxford University Press; 1987.
13. Murray SF, Buller AM, Bewley S, et al. Metrics for monitoring local inequalities in access to maternity care: developing a basket of markers from routinely available data. Quality and Safety in Healthcare. Online. doi:10.1136/qshc.2008.032136.
14. Torres-Vitolas C, Bacchus LJ, Aston G. A comparison of the training needs of maternity and sexual health professionals in a London teaching hospital with regards to routine enquiry for domestic abuse. Public Health 2010;124:472–78.
15. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. Trauma Violence & Abuse 2004;5:47–64.
16. Wingwood GM, DiClemente RJ, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. American Journal of Preventive Medicine 2000;19:270–75.
17. Cavanagh K. Understanding women's responses to domestic violence. Qualitative Social Work 2003;2:229–49.
18. Harwell TS, Casten RJ, Armstrong KA, et al. Results of a domestic violence training program offered to staff of urban community health centers. American Journal of Preventive Medicine 1998;15:235–42.
19. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, et al. Identification and management of domestic violence. American Journal of Preventive Medicine 2000;19:253–63.
20. Gadomski AM, Wolff D, Tripp M, et al. Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs and behaviours regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. Academic Medicine 2001;76:1045–52.
21. Feder G, Ramsey J, Dunne D, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different healthcare settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. Health Technology Assessment 2009;13:1–36.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

©2012 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2012;20 (40):83-93
0968-8080/12 $ – see front matter
DOI: 10.1016/S0968-8080(12)40656-5

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Una evaluación de los lineamientos y servicios del sector salud destinados al tratamiento de la violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua

H Luz, McNaughton Reyes [(a)], Deborah L Billings [(b)], Yolanda Paredes Gaitán [(c)], Karen Padilla Zúñiga [(d)]

(a) Profesora asistente de investigación, Facultad de Comportamiento en Salud, Gillings School of Global Public Health, Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, NC, USA. Correspondencia mcnaught@email.unc.edu
(b) Profesora asistente, Departamento de Promoción de Salud, Educación y Comportamiento, Arnold School of Public Health, Universidad de Carolina del Sur, Columbia, SC, USA
(c) Consultora de investigación, Ipas Centroamérica, Managua, Nicaragua.
(d) Asociada Principal, Ipas Centroamérica, Managua, Nicaragua

Resumen: *En Centroamérica, un 12% de las mujeres relatan haber sido obligadas alguna vez por una pareja íntima de sexo masculino a tener relaciones sexuales; la violencia sexual perpetrada por otras personas también es una experiencia frecuente. Todos los países centroamericanos son signatarios de los acuerdos de derechos humanos, que obligan a los Estados a garantizar acceso a los servicios integrales de salud para las víctimas de violencia sexual, pero existe limitada información en cuanto a si estos acuerdos se han traducido en políticas y prácticas. En este artículo se examinan críticamente los lineamientos del sector salud para el tratamiento de la violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua; además, se informa sobre un diagnóstico de los servicios en 34 unidades de los sectores público y privado, en los cuatro países. En general, las políticas concordaron con los acuerdos internacionales e incluían orientación sobre la detección y documentación de actos de violencia, examen forense, tratamiento, referencia y cuidados de seguimiento. Sin embargo, solo una pequeña proporción de las mujeres que sufren violencia sexual buscan atención. El reto que enfrentan los cuatro países es convertir las políticas en práctica. Las prácticas de tamizaje no han sido sistemáticas y las políticas deberían indicar con más claridad las funciones y responsabilidades de los profesionales de la salud y especialistas forenses. Por último, el derecho de las mujeres a la privacidad y confidencialidad en casos denunciados a las autoridades, así como la importancia de ofrecer todos los servicios en un solo lugar, merecen más consideración.* © 2013 edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: servicios de salud para mujeres, políticas y programas de salud, abuso y violencia sexual, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua.

La violencia sexual contra las mujeres prevalece en el mundo[1], lo que incluye también a América Central.[2-6] La violencia sexual es una violación de los derechos humanos[7-8] con consecuencias devastadoras, tales como: daños físicos, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH, depresión y otros problemas psicológicos[1]. También afecta la participación de la víctima en actividades laborales o en oportunidades educativas. La violencia sexual abarca tanto los actos con penetración

(relaciones sexuales forzadas o violación) como los actos de abuso sexual sin penetración; es perpetrado tanto por parejas sexuales como por terceros [9] * Los cálculos nacionales realizados en Guatemala (2008)[2], Nicaragua (2006) [3] y El Salvador (2008)[4] sugieren que alrededor del 12% de las mujeres entre 15-49 años de edad han sido forzadas a tener relaciones por su pareja sexual masculina, y que esas mujeres son con frecuencia víctimas de violencia sexual perpetrada por otros.[2-6] Entre los factores de riesgo a nivel macro para la violencia sexual en América Central se encuentran las altas tasas de criminalidad y los débiles controles sociales, los cuales contribuyen a una atmósfera de suma tolerancia al comportamiento violento.[10] A esta problemática debe añadirse que cerca de la mitad de la población de la región vive en situación de pobreza[11] lo cual puede exacerbar la vulnerabilidad de las mujeres al limitar sus posibilidades de poner fin a las relaciones violentas y haciéndolas más vulnerables a la coerción sexual a cambio de bienes materiales y/o incrementando su nivel de exposición a situaciones de alto riesgo.[1,12] Entre otros factores de riesgo se incluyen las normas que legitiman la violencia contra las mujeres y encubren el abuso sexual a menores[6]. Si bien el derecho penal de la región sanciona las agresiones sexuales y otros tipos de ataque sexual, [1-5] la Corte Interamericana de Derechos Humanos sustentó en un documento de 2011 que existe una "conducta judicial ineficaz frente a los actos de violencia sexual [en América Central]... [que] promueve y perpetúa la impunidad en la gran mayoría de los casos..."[17]

Todos los países centroamericanos han suscrito los acuerdos internacionales que definen la violencia sexual como una violación de los derechos humanos y que obligan a los Estados miembros a tomar medidas para erradicar la violencia sexual y asegurar que todas las víctimas tengan acceso a los servicios relacionados con la justicia y con la salud en tales situaciones.[7,8] Los países de la región y de toda América Latina han aprobado leyes que reflejan estos mandatos sobre violencia de género.[6] Sin embargo, se cuenta con poca información que permita determinar si efectivamente estas leyes se ven reflejadas en las políticas y prácticas de los establecimientos de salud centroamericanos que brindan servicios a las víctimas de violencia sexual.

El estudio

Este estudio es parte de un proyecto mayor coordinado por el Fondo de Población de la Naciones Unidas (FPNU) en asociación con varias agencias e instituciones de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.[18] El objetivo del proyecto es contribuir a "un modelo de respuesta coordinada"[19] que reconozca la necesidad de una colaboración inter-sectorial para asegurar el acceso de las víctimas a servicios integrales. Las metas de este estudio, como parte de dicho proyecto fueron: (1) describir los lineamientos del sector salud para brindar la atención necesaria a las víctimas de violencia sexual en los cuatro países y (2) documentar la disponibilidad de servicios para las víctimas en establecimientos de salud seleccionados (hospitales y centros de salud) con relación al modelo de atención integral de la salud desarrollado por FPNU e Ipas.[20] El modelo de FPNU/Ipas incorpora recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[21] y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)[22] y define la atención integral como cuidados concentrados en la víctima, que incluyen la detección y documentación de la violencia y sus secuelas para la salud, exámenes forenses, tratamiento médico, incluyendo servicios profilácticos, derivación a servicios legales, mentales y otros servicios de salud, y atención post-hospitalaria . El modelo se basa en una reseña de las mejores prácticas a partir de la literatura y de las experiencias de varias organizaciones que trabajaron en América Latina en los años 2005-2006 incluyendo a la OPS, la Fundación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), Ipas en Bolivia, Brazil, México y Nicaragua; la Comissão de Cidadania e Reprodução de Brazil, Católicas por

* Los hombres y niños también son víctimas de la violencia sexual, aunque ese tema no se ha investigado mucho en la región[6]. Este estudio se concentra en la violencia sexual contra mujeres adultas así como en los lineamientos y políticas de atención que se les brinda, porque ese es el enfoque actual de la política nacional e internacional. Existen otras leyes y políticas nacionales e internacionales que se ocupan del abuso sexual a menores.

el Derecho a Decidir y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) en México.[18]

Métodos

Se utilizaron las páginas de internet de los Ministerios de Salud, y contactos con las instituciones gubernamentales para identificar las políticas relevantes. Para cada directriz, resumimos contenido relacionado a la detección de la violencia y su documentación; examen forense; tratamiento médico, derivación y seguimiento.

Los representantes del UNFPA en cada país determinaron cuáles serían los establecimientos que se incluirían en el estudio, utilizando una muestra de conveniencia. Se eligieron cuarenta hospitales y centros de salud que brindaban atención a víctimas de violencia sexual. Se priorizó la inclusión de establecimientos situados en zonas donde el riesgo de violencia sexual era elevado, y para ello se empleó la información disponible localmente.

Se entregó una descripción del estudio y copias de los instrumentos de recopilación de datos a los administradores de los establecimientos seleccionados y se les informó que no se recabaría información que permitiera establecer la identidad del personal o de las historias clínicas. Todos los administradores de los establecimientos aceptaron participar y fueron ellos quienes comunicaron al personal que brindaba los servicios a las víctimas de violencia sexual que se les pediría que se reúnan con un investigador cuando visitaran ese establecimiento, para contestar preguntas y facilitarles el acceso a los archivos. Durante el periodo de recopilación de datos (Agosto del 2008 a Enero del 2009) se excluyó a seis establecimientos porque no brindaban atención *in situ* a las víctimas de violencia sexual, con lo cual quedaron 34 establecimientos de salud.

Cuadro 1. Establecimientos de salud evaluados según nivel del establecimiento y país (n=3)

Nivel del establecimiento	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua
Primario	5	4	0	12
Secundario	1	2	5	3
Terciario	0	1	1	0

La mayoría de los establecimientos eran de nivel primario (n=21) o secundario (n=11); 22 pertenecían al sector público. La mayoría de los otros establecimientos eran organizaciones locales no gubernamentales (ONG) con amplia experiencia en brindar servicios a víctimas de violencia sexual (Cuadro 1). Todos los establecimientos privados o de ONG brindaban servicios sin costo y ofrecían atención a la víctima de violencia así como otros servicios de salud. Dos de los establecimientos estaban situados en zonas rurales (ambos en Guatemala), siete estaban en las cuatro capitales y el resto en otras zonas urbanas.

Se utilizó un cuestionario desarrollado por Troncoso *et al* [23] para entrevistar y obtener información del personal y de las historias clínicas del establecimiento, acerca de la detección y documentación de la violencia sexual, examen forense, tratamiento y servicios de derivación que se le ofrecen a las víctimas, incluyendo medicamentos y exámenes para diagnóstico, y sobre la infraestructura y la dotación de personal del establecimiento. Se le solicitó al personal participante que eligieran al azar las historias clínicas de pacientes tratadas en los últimos seis meses, las cuales fueron examinadas para ver qué información se documentaba. La mayoría de los establecimientos pudieron proporcionar cuatro de dichas historias cuando les fueron solicitadas.

Los hallazgos

Los lineamientos del sector salud para la atención de víctimas de violencia sexual fueron promulgadas por el Ministerio de Salud en El Salvador en el 2007;[23] en Guatemala en el 2006 ;[24] y en Nicaragua, en el 2006. [25] Los lineamientos de El Salvador y de Nicaragua incluían además temas de violencia doméstica. En Guatemala también se publicó un lineamiento para el tratamiento de la violencia doméstica en el 2008 [26], el cual incluía cuidados para casos de violencia sexual perpetrada por la pareja o por miembros de la familia. Honduras no contaba con políticas específicas del sector salud para casos de violencia sexual, salvo unos lineamientos de 1997 de servicios de salud para adolescentes en los cuales se incluían los servicios que deben brindarse a adolescentes víctimas de violencia sexual. [27]

En el Cuadro 2 se resume el contenido de cuatro lineamientos relativos a la violencia sexual. Los resultados de las evaluaciones de los establecimientos se resumen en el Cuadro 3. Tres de las cuatro lineamientos, salvo en el caso de Honduras, hacen especial mención de

Cuadro 2. Contenido de lineamientos para atención a víctimas de violencia sexual: Nicaragua (2006), Guatemala (2006), El Salvador (2007), y Honduras (1997)[a]

Ámbitos temáticos del lineamiento	El Salvador [23,28]	Guatemala [24,29]	Nicaragua [25,30]	Honduras [27]
Detección y documentación del caso de violencia				
Revisión				
Indica que el PAM debe revisar los casos de violencia	Sí [b]	No	Sí [b]	No
Incluye cuestionario de revisión	Sí	No	Sí	No
Denuncias a las autoridades legales				
Indica que el PAM debe denunciar VS	Sí	Sí	Sí [c]	Sí [c]
Indica que el PAM debe informar a las VVS sobre la obligación de denunciar	Sí	No	No	No
Registro y documentación				
Indica que el PAM debe hacer un registro de casos de VS para seguimiento	No	No	Sí	No
Incluye formulario para registrar/ documentar casos de VS	Sí	No	Sí	No
Le indica al PAM qué elementos específicos incluir en la historia clínica	Sí	Sí	No	No
Examen forense				
Indica quién es responsable de efectuar el examen forense	Sí	No	Sí	No
Tratamiento, derivación y seguimiento				
Consentimiento informado	No	Sí	No	No
Anticonceptivos de emergencia	Sí	Sí	No	Sí [c]
Orientación sobre opciones frente al embarazo	No	No	No	No
Diagnóstico/prevención/ tratamiento de ETS	Sí	Sí	No	Sí [c]
Protocolo de derivación para servicios médicos no disponibles en el lugar	No	No	No	No
Atención psicológica en el lugar o derivada	Sí	Sí	Sí	No
Derivación a instituciones legales/de justicia	Sí	Sí	Sí	Si [c]
Derivación a grupos de apoyo	Sí	No	No	Si [c]
Tiene lista de organizaciones de referencia	No [d]	No	No	No
Protocolo de revisión	Sí	No	No	No

a. PAM= Proveedor de Atención Médica, VS= Violencia Sexual VVS= Víctima de Violencia Sexual. Las respuestas en cursivas denotan un cambio en los lineamientos actualizados.
b. Los lineamientos recomiendan revisión selectiva
c. Los lineamientos sólo se aplican en caso de adolescentes o niñas
Los lineamientos (solo 2007) contienen una lista de grupos de autoayuda pero no dan ninguna otra información de contacto

los convenios sobre derechos humanos que obligan a los Estados a tratar el tema de la violencia sexual[23,25,26] y, en concordancia con las recomendaciones de la OMS, enfatizan la importancia del respeto a los derechos de las víctimas. [23-26] Sin embargo, los lineamientos diferían tanto en contenido como en especificidad, y las evaluaciones de los establecimientos determinaron que no habían sido ampliamente difundidas (solo seis de los 34 establecimientos tenían *in situ* una copia escrita de los lineamientos, y no se estaban cumpliendo a cabalidad).

Luego de haber completado la recopilación de datos, se promulgaron versiones corregidas de los lineamientos sobre violencia sexual en El Salvador (2010)[28], Guatemala (2009)[29] y Nicaragua (2009)[30]. A continuación se describen los cambios principales en dichos lineamientos.

Detección y documentación de la violencia.

Revisión

En la práctica, menos de la mitad (n=13) de los establecimientos de salud evaluados en este estudio indicaron que examinaban a las mujeres en casos de violencia de género, y solo dos usaban una herramienta específica de revisión. Sin embargo, los lineamientos de El Salvador y Nicaragua recomendaban que los proveedores de atención médica examinen selectivamente a mujeres y niños para detectar casos de violencia si sospechaban que alguno de ellos había sido victimizado.[23,25] Los lineamientos de Guatemala para los casos de violencia doméstica también recomiendan la revisión selectiva, [26] pero sus lineamientos sobre violencia sexual no incluyen recomendaciones de revisión, probablemente porque estos lineamientos se concentran en víctimas que buscan atención de emergencia después de una agresión sexual. [24]

Denuncias ante las autoridades legales

En cada uno de los países estudiados, el derecho penal obliga a los proveedores de atención médica a denunciar los casos de violencia sexual a las autoridades locales, pero se hacen excepciones en aquellos casos en que los proveedores de atención se sienten obligados a mantener la confidencialidad entre paciente y proveedor de atención médica.[31-34] El derecho penal hondureño no hace esta excepción. En contraste, los lineamientos del sistema de salud de El Salvador [23], Guatemala [24,26] y Nicaragua[25], requieren además que los proveedores de atención médica denuncien los casos de violencia sexual a las autoridades legales pero sin exclusiones. Los lineamientos de Nicaragua plantean que los proveedores deben contactar a las autoridades legales cuando la víctima es menor de 18 años, pero no mencionan si es necesario hacer la denuncia en los casos de víctimas adultas.

Registro de casos con fines de seguimiento

Los lineamientos de El Salvador incluyen un formulario específico para documentar los casos, pero no describen las obligaciones o procedimientos que deben cumplir los proveedores de cuidados para hacerles seguimiento.[23] Los lineamientos para casos de violencia doméstica de Guatemala establecen que los proveedores de servicios médicos deben registrar los casos, [26] pero sus lineamientos sobre violencia sexual no lo hacen. [24] En contraste, los lineamientos de Nicaragua claramente exigen que los proveedores de servicios médicos registren los casos para seguimiento [25] e incluyen un formulario para documentar los casos.

No evaluamos específicamente si los 34 establecimientos registraban los casos de violencia sexual para hacer un seguimiento. Sin embargo, los informes basados en datos a nivel nacional sugieren que los sistemas de seguimiento son poco confiables, y es probable que se usen poco. Por ejemplo, en El Salvador en el 2010, el Instituto de Medicina Legal registró 3.382 casos de agresión sexual (1.793 casos de violación), mientras que en el mismo año el Ministerio de Salud registró solo 152 casos de violencia sexual [35]. La data sugiere discrepancias similares entre el número de casos denunciados a la justicia y los que llegan a instituciones del sector salud en Nicaragua y Guatemala [36-38] Es posible que las personas que buscan servicios del Instituto de Medicina Legal no busquen servicios de salud, y los mecanismos de derivación de Medicina Legal a los servicios de salud podrían ser inadecuados. También es posible que los proveedores de atención médica no estén registrando los casos de violencia sexual debido a falta de motivación, conocimiento y/o mal uso del sistema.

Documentación de historias clínicas

La documentación integral de las consultas con las víctimas de violencia sexual por parte de los proveedores de atención médica es esencial para asegurar el cuidado apropiado y puede ser crucial para obtener la reparación jurídica. [21] Los lineamientos que existen para tal fin en El Salvador [23], Guatemala [24] y Nicaragua[25] ordenan a los proveedores que obtengan y registren la historia clínica y que lleven a cabo un examen físico. En concordancia con las recomendaciones de la OMS, [21] estos lineamientos señalan que los proveedores deben priorizar la estabilización médica y apoyo de las víctimas por sobre la recolección de pruebas forenses [23-25] Los lineamientos de El Salvador y Guatemala especifican los elementos que deben formar parte de la historia médica (Ej. un testimonio de la agresión sexual) y los procedimientos para documentar las lesiones. [23,24]

Nuestra evaluación de los establecimientos señaló que las historias clínicas relacionadas con la violencia sexual eran, en general, de mala calidad. Solo nueve establecimientos indicaron que usan un formulario específico para documentar los casos de violencia sexual; el resto usaba formularios genéricos para registrar historias clínicas o una hoja de papel en blanco. La mayoría de las historias clínicas que fueron revisadas incluían solo información básica sobre la paciente y les faltaban detalles importantes de su historia clínica (las medicinas que toma, una descripción de las heridas, tratamiento como anticonceptivos de emergencia, y derivación para cuidados especializados).

Tampoco pudimos obtener información confiable de los establecimientos en cuanto al número de mujeres que mensualmente reciben atención por haber padecido violencia sexual.

Examen forense

Los proveedores de atención médica se encuentran en el lugar preciso para documentar y reunir las pruebas necesarias que permitan identificar a los perpetradores y demostrar en qué circunstancias se produjo la agresión sexual.[21] Lineamientos de tratamiento adecuados deben especificar la responsabilidad que tienen los proveedores de documentar las historias de las pacientes, recopilar pruebas forenses y coordinar con las instituciones legales. Los exámenes forenses, análisis de especímenes, y la producción de informes médico-clínicos para ser usados en procedimientos judiciales en cada uno de los cuatro países estudiados, han estado a cargo de los Institutos de Medicina Legal gestionados por el gobierno (o en el caso de Honduras, el Departamento de Medicina Forense del Ministerio Público) desde siempre. Sin embargo, la ley Nicaragüense (2005) [39] también permite explícitamente que los exámenes médico-legales sean brindados por especialistas con certificación judicial aunque no sean empleados de los Institutos de Medicina Legal.

Los lineamientos de los sistemas de salud varían en la especificidad y claridad de sus instrucciones con respecto al rol del proveedor en la recopilación de pruebas forenses y su coordinación con las autoridades legales. Los lineamientos de Guatemala para los casos de violencia sexual indican que el proveedor debe llevar a cabo un examen físico con el "doble propósito de evaluar la salud del paciente y recopilar pruebas forenses que puedan ser usadas para probar cuándo, cómo y quién atacó a la paciente."[24] Se brindan instrucciones explícitas sobre cómo recolectar los especímenes forenses y se les encomienda a los proveedores que "mantengan la cadena de pruebas",[24] pero no se les informa cuándo o cómo deben hacerlo ellos mismos y cómo coordinar con el Instituto de Medicina Legal. Los lineamientos de El Salvador indican que los proveedores de atención médica no están autorizados para recolectar pruebas forenses y que el Instituto de Medicina Legal es el responsable de hacerlo, [23] pero tampoco en este caso se brinda información sobre la coordinación que debe haber con el poder judicial, o qué hacer en caso de que fuera imposible para la mujer acceder a estos servicios. Del mismo modo, los lineamientos de Nicaragua plantean que un especialista forense certificado por la corte sería el responsable del examen forense pero no se brinda ninguna información adicional. [25]

En la práctica, los profesionales de la salud que fueron entrevistados durante la evaluación de los establecimientos indicaron que tratarían las necesidades médicas y psicológicas inmediatas de las víctimas de violencia sexual y luego las derivarían al Instituto de Medicina Legal para el examen forense y la recolección de pruebas.

En algunas instancias, dijeron informalmente que preferían derivar a las víctimas de violencia sexual al Instituto de Medicina Legal para el examen forense antes de llevar a cabo el examen ellos mismos, porque deseaban evitar el riesgo de contaminar las pruebas forenses o de verse implicados en lo más mínimo en el proceso judicial. Solo tres establecimientos pudieron brindar servicios forenses en el lugar, porque contaban con doctores que tenían certificación judicial.

Tratamiento, derivación y la atención post-hospitalaria

Existen grandes variaciones en cuanto a la exhaustividad del contenido de los lineamientos con relación al tratamiento médico, derivación y la atención post-hospitalaria. En Honduras, los lineamientos se limitaban a una simple lista de servicios que deberían brindarse a las adolescentes víctimas de violencia sexual. [27] En contraste, los lineamientos de El Salvador, [23] Guatemala [24] y Nicaragua [25] eran más detallados y enfatizaban que los proveedores de atención médica deben estar apropiadamente capacitados y respetar los derechos de las víctimas.

Los 34 establecimientos que fueron evaluados contaban por lo menos con un doctor entre su personal, y la mayoría empleaba por lo menos a una enfermera (88%) y/o psicóloga (68%). La mayoría contaba con un espacio apropiado con privacidad auditiva (76%) y visual (79%) pero solo el 47% contaba con servicios higiénicos adecuados. En general, había una mejor infraestructura para examinar a las pacientes, en los establecimientos privados o de ONG, en comparación con establecimientos públicos.

Tratamiento

Con respecto al tratamiento médico, los lineamientos de Nicaragua indicaban que en general los proveedores deben atender las requerimientos de salud de las víctimas incluyendo sus necesidades psicológicas[25], mientras que los lineamientos de Guatemala y El Salvador contaban con instrucciones explícitas para examinar a las víctimas; tratar las lesiones; hacer pruebas de embarazo y suministrar anticonceptivos de emergencia; así como de realizar las pruebas

Cuadro 3. Servicios disponibles para las víctimas de violencia sexual en los establecimientos de salud públicos y privados evaluados. (n=34)

	Público (n=22)	Privado (n=12)
Detección y documentación de la violencia		
Lineamientos del servicio en el lugar	4	2
Revisión para determinar un caso de violencia	7	6
Formulario específico para documentar el tratamiento brindado	6	3
Examen forense		
Especialistas forenses en el personal del establecimiento	2	1
Tratamiento, derivación y la atención post-hospitalaria		
Medicamentos disponibles		
Analgésicos	20	11
Anticonceptivos de emergencia*	11	9
Antibióticos para el tratamiento de STI profilaxis	22	8
Vacuna contra la Hepatitis B	1	0
Profilaxis para VIH	10	3
Exámenes de diagnóstico disponibles	18	5
Embarazo	3	3
Clamidia	13	7
Gonorrea	5	1
Hepatitis B	18	6
VIH	17	7
Sífilis	14	7
Trichonomas vaginalis		
Orientación disponible	14	10
Consulta de apoyo emocional durante la consulta	11	10
Orientación/Asistencia psicológica	0	9
Orientación/asistencia legal		
Personal del Establecimiento		
Enfermera	21	9
Psicólogo	13	10
Trabajador Social	12	4
Infraestructura		
Privacidad sonora	14	12
Privacidad visual	15	12
Batas para cubrirse disponibles	14	11
Servicios de laboratorio in-situ para procesar los exámenes de diagnóstico	17	10

PAUL SMITH / PANOS PICTURES

Clínica para mujeres víctimas de violencia familiar, INAMUJER (Instituto Nacional de la Mujer), Caracas, Venezuela

y brindar el tratamiento para ETS/VIH y apoyo psicológico. Los lineamientos de Guatemala también aconsejan obtener el consentimiento informado de las víctimas para los exámenes y el tratamiento.[24] Ninguno de los lineamientos mencionaba opciones para las mujeres que quedan embarazadas como resultado de una violación, y ninguno de los países permitía el aborto legal por este motivo.

La mayoría de los 34 establecimientos tenían analgésicos y antibióticos disponibles en el lugar, pero solo el 59% contaba con anticonceptivos de emergencia. Muy pocos establecimientos tenían vacunas para la Hepatitis B (3%) o profilaxis para VIH (38%) y solo el 68% dijo tener pruebas de embarazo disponibles (Cuadro 3).

Derivación

Si las víctimas de violencia sexual buscan atención en un establecimiento que no les puede brindar atención integral, dicho establecimiento debe derivarlas a uno que sí lo pueda hacer. Los lineamientos de El Salvador solo se aplican a hospitales secundarios y terciarios, pues son los que pueden tener la capacidad de brindar atención integral. No se encontró nada que se aplicara a los establecimientos de atención primaria. Los lineamientos de Nicaragua y de Guatemala señalan que las víctimas deben ser derivadas para que reciban atención especializada pero no establecen un protocolo específico para dicha derivación. Todos los lineamientos mencionan la importancia de la derivación para el apoyo psicológico, los servicios sociales y el apoyo legal en forma continua. En concordancia con las recomendaciones de la OMS, los lineamientos de Nicaragua y de Guatemala (2006) recomiendan además que los establecimientos tengan una lista de contacto de las organizaciones locales a las cuales pueden ser derivadas las víctimas para recibir estos servicios [24,25] Sin embargo, solo 62% de los 34 establecimientos evaluados indicaron que derivaban los casos o les brindaban en su local los servicios de consejería y apoyo psicosocial, en tanto que solo 26% brindaban servicios legales *in situ* o derivaban

a servicios legales externos; todos estos eran establecimientos de ONG del sector privado (Cuadro 3).

Atención post-hospitalaria
Todos los lineamientos especificaban que los proveedores deben disponer lo necesario para brindar atención post-hospitalaria, pero solo los lineamientos de El Salvador hacían mención específica de la necesidad de que las víctimas tuvieran citas una vez por semana para chequeos de seguimiento con el mismo proveedor que las evaluó en un principio.[23]

Discusión

Desde principios del 2009, cuando se completó este estudio, los lineamientos del sector salud para el tratamiento de víctimas de la violencia sexual se han revisado y actualizado en El Salvador (2010) [28*] Guatemala (2009) [29] y Nicaragua (2009). [30] El UNFPA le está brindando asistencia técnica a la Secretaría de Salud de Honduras para que desarrolle y pruebe nuevos lineamientos pasa casos de violencia sexual. [40]

El Cuadro 2 identifica las áreas temáticas donde estos nuevos lineamientos difieren de los lineamientos en uso cuando se recopila información (en cursivas). En general, estos lineamientos se han fortalecido en lo que respecta a la documentación, la derivación y el seguimiento. En particular, los tres lineamientos ahora describen claramente los procedimientos de documentación y los protocolos de derivación para establecimientos de atención primaria, e incluyen instrucciones específicas para la atención post-hospitalaria. Los lineamientos actualizados de Nicaragua también incluyen instrucciones integrales sobre si se deben recolectar pruebas forenses y cuándo hacerlo[30].

Los resultados de nuestra investigación brindan un panorama actual de las condiciones en que se brinda el servicio en un pequeño grupo de establecimientos que fueron seleccionados al azar, y nuestras conclusiones no pueden ser generalizadas al interior de cada uno los países ni a todos ellos. Solo dos establecimientos se encontraban en zonas rurales donde el acceso a servicios psicosociales y legales era probablemente muy limitado. No hemos examinado ni la capacitación de los proveedores, ni sus actitudes o prácticas. Tampoco hemos examinado las perspectivas de las víctimas de violencia sexual que recibieron el servicio ni tampoco las barreras para el acceso a la atención. Además, nos fue imposible obtener estadísticas de los casos o los tipos de servicios que se brindan en la práctica a las víctimas de violencia sexual en los establecimientos que evaluamos.

A pesar de estas limitaciones, este estudio muestra el compromiso por parte de los gobiernos de cuatro países centroamericanos y de la sociedad civil para desarrollar políticas en el sector salud que apoyen la prestación de atención médica a las víctimas de violencia sexual. Los cuatro países que estudiamos tienen ya, o están desarrollando, protocolos para el tratamiento de víctimas de violencia sexual con algunas diferencias en sus disposiciones.

Sin embargo, la data de la región sugiere que solo un pequeño porcentaje de las mujeres que sufren violencia sexual busca atención, debido a barreras tales como la falta de confianza en las autoridades gubernamentales.[2-6] El desafío que encaran estos países es el de transformar la teoría en práctica. En particular, las autoridades sanitarias de cada país deben garantizar que las políticas se difundan adecuadamente, que los proveedores estén adecuadamente capacitados para implementarlas, que haya recursos disponibles para equipar los establecimientos y que su implementación se ponga en marcha, se monitoree y sea evaluada.

Los actores del sector salud, del sector judicial y del sector civil también deben comprometerse también con el proceso de implementación para asegurar una respuesta coordinada. Dentro de sector salud, los administradores y proveedores deben brindar la capacitación y los recursos que permitan su implementación.

Recomendaciones

Aunque los lineamientos del sector salud en general recomendaban algún tipo de examen en los casos de violencia sexual, las prácticas de revisión fueron inconsistentes.

Las revisiones de rutina para agresiones sexuales pueden identificar y brindar ayuda

* Los nuevos lineamientos de El Salvador se aplican a todos los establecimientos de salud, no sólo a los hospitales secundarios y terciarios.

a víctimas que de otro modo no admitirían haber sido victimizadas. Sin embargo, los investigadores han advertido que las revisiones de rutina pueden ser más perjudiciales que beneficiosas si no se cuenta con los recursos para lograr una respuesta y/o si los proveedores responden inapropiadamente frente a una denuncia.[41] A medida que se empiezan a implementar las políticas en estos países, las autoridades sanitarias deben tomar medidas para asegurar que los riesgos asociados con la revisión sean bajos y resolver toda duda por parte de los proveedores que pueda ser un impedimento para la revisión (ej. que la revisión pueda tomar demasiado tiempo o causar que se vean implicados en un proceso legal engorroso y complicado).[41]

El requerimiento de que los proveedores denuncien los casos de violencia sexual a las autoridades legales puede vulnerar el derecho a la privacidad de las mujeres, en caso que ellas no deseen que el ataque sea denunciado. Los lineamientos actuales en los cuatro países no brindan instrucciones específicas para obtener el permiso y/o abstención por parte de las víctimas para preservar la confidencialidad. Quienes proponen la denuncia obligatoria argumentan que ayudará a prevenir la violencia sexual al generar la imputabilidad del atacante, mientras que quienes se oponen dicen que violar el derecho a la privacidad, puede generar más violencia y disuadir a quienes buscan ayuda. Las investigaciones futuras deben analizar los riesgos potenciales. Los legisladores podrían considerar adoptar protocolos de denuncia anónima, en los cuales se priorice la atención médica y la recopilación de pruebas, pero no necesariamente la investigación de todos los casos.[42]

Nuestros resultados sugieren enfáticamente que las políticas y sistemas para registrar casos de violencia sexual deben fortalecerse. La documentación de los casos de violencia sexual es parte vital de los esfuerzos para comprender la magnitud del problema y monitorear y evaluar los esfuerzos de prevención; sin embargo, Nicaragua es el único país estudiado que claramente establece la necesidad de registrar los casos para propósitos de seguimiento. La data disponible sugiere que existe una gran discrepancia en la región en cuanto al número de casos registrados por las instituciones del sistema legal y del sistema de salud.[35-38]

Finalmente, las políticas deben indicar con mayor claridad los roles y responsabilidades de los proveedores de atención médica y de los investigadores forenses en la recopilación de pruebas forenses. Nuestros hallazgos indican que los componentes de la atención médica y médico-legal se brindan a menudo en momentos distintos, lugares distintos y por personas distintas. Como señala la OMS: esto es a la vez ineficiente y oneroso para las víctimas[27]. Hay buenos ejemplos de cómo se brinda una serie de servicios para víctimas de violencia sexual (incluyendo servicios forenses) en un solo lugar, lo cual, si se replicara, podría hacer que más mujeres se animen a buscar atención y apoyo (ej. el modelo para Exámenes a cargo de Enfermeras en casos de Agresiones Sexuales, y los Equipos de Respuesta a Agresiones Sexuales).[43]

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por la Agencia Española de Cooperación internacional para el Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas e Ipas. Los datos sobre las políticas y establecimientos de este estudio pueden ser consultados en castellano en http://www.ipas.org/en/Resources.aspx. Para este trabajo, se tradujo y analizó la información desde una perspectiva regional.

Referencias

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. At: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf. Accessed 19 March 2012.
2. Ministry of Health and Social Assistance (Guatemala), University of Valle (Guatemala) and Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention. Guatemala Reproductive Health Survey 2008–2009. Atlanta, GA: CDC. At: http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/record-attached-files/GTM_RHS_2008_2009_REPORT.zip. Accessed 5 September 2012.

3. National Institute for Development Information (Nicaragua), Centers for Disease Control and Prevention. Nicaragua Reproductive Health Survey 2006–2007. Managua: National Institute for Development Information (Nicaragua), Ministry of Health (Nicaragua). At: http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/record-attached-files/NIC_RHS_2006_2007_REPORT.zip. Accessed 5 September 2012.
4. Salvadoran Demographic Association, Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention. El Salvador Reproductive Health Survey 2008. San Salvador: ADS; 2009. At: http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/record-attached-files/SLV_RHS_2008_REPORT.zip.Accessed 5 September 2012.
5. Ministry of Health (Honduras), National Institute of Statistics (Honduras), Macro International, Inc. Honduras Demographic & Health Survey 2005–2006. Calverton, MD: Macro International, Inc. At: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR189/FR189.pdf. Accessed 5 September 2012.
6. Contreras JM, Bott S, Guedes A, et al. Sexual violence in Latin America and the Caribbean: A desk review. At: http://www.svri.org/SexualViolenceLACaribbean.pdf. Accessed 5 September 2012.
7. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women adopted by the UN General Assembly on 18 Dec 1979; entered into force 3 September 1981 (1249 U.N.T.S. 13). At: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm. Accessed 5 September 2012.
8. Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women "Convention of Belem do Para" adopted in Belem do Para, Brazil, adopted by the General Assembly of the Organization of American States on June 9, 1994. At: http://www.cidh.org/Basicos/English/basic13.Conv%20of%20Belem%20Do%20Para.htm. Accessed 5 September 2012.
9. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, et al. WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva: WHO; 2005. At: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf. Accessed 5 September 2012.
10. United Nations Office on Drugs and Crime. Crime and Development in Central America: Caught in the Crossfire. UNODC; 2007. At: http://www.unodc.org/pdf/research/Central_America_Study_2007.pdf.
11. Breur L, Cruz A. The political economy of implementing pro-growth and anti-poverty policy strategies in Central America. In: Rodlauer M, Schipke A, editors. Central America: Global Integration and Regional Cooperation. International Monetary Fund; 2005. p.125–33. At: http://www.imf.org/external/pubs/ft/op/243/243ch8.pdf. Accessed 19 March 2012.
12. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2010. At: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf. Accessed 5 September 2012.
13. República de El Salvador. Código Penal de El Salvador Comentado, Tomo 1, Titulo IV, Capítulo 1, Artículo 158. At: http://www.cnj.gob.sv/index.php?view=article&catid=42:publicaciones&tid=116:codigo-penal-de-elsalvador-comentado-&toption=com_content&Itemid=12. Accessed 19 March 2012.
14. República de Guatemala. Código Penal de Guatemala, Titulo III, Capítulo 1, Artículo 173. At: http://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cp.pdf. Accessed 19 March 2012.
15. República de Honduras. Código Penal de Honduras, Titulo II, Capítulo 1, Artículo 140. At: http://www. poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/Codigo%20Penal%20 (actualizada-07).pdf. Accessed 19 March 2012.
16. República de Nicaragua. Código Penal de Nicaragua, Libro II, Titulo 1, Capítulo VIII, Artículo 195. At: http://www.oas.org/juridico/mla/sp/nic/sp_nic-int-text-cp.html. Accessed 5 September 2012.
17. Interamerican Commission on Human Rights. Access to Justice for Women Victims of Sexual Violence in Mesoamerica. No. 11. Organization of American States; 2011. At: http://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf.
18. United Nations Population Fund. Cerrando brechas de equidad para avanzar hacia el acceso universal a la salud reproductiva en 13 países de América Latina y el Caribe. At: http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Peru%202011%20AECID/2406_UNFPA-Bro-Ins-17%283%29.pdf. Accessed 19 March 2012.
19. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Ending violence against women and girls: programming essentials. At: http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1328563919.pdf. Accessed 5 September 2012.
20. Troncoso E, Billings DL, Ortiz O, et al. ¡Ver y atender! Guía práctica para conocer como funcionan los servicios de salud para muje-

res víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. Chapel Hill, NC: Ipas; 2006. At: http://www.ipas.org/~/media/Files/Ipas%20Publications/SVGUIDEE08. Accessed 5 September 2012.
21. World Health Organization. Guidelines for the medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: WHO; 2003. At: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf. Accessed 19 March 2012.
22. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel Arcas C, et al. Violence against women: the health sector responds. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2003.
23. Ministerio de Salud de El Salvador. Guías de atención clínica a mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia intrafamiliar y sexual para hospitales del segundo y tercer nivel. San Salvador: MINSAL; 2007. At: http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_victimas_VIF_y_sexual_p1.pdf (Part 1) and http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_victimas_VIF_y_sexual_p2.pdf (Part 2). Accessed 19 March 2012.
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. Guatemala: MSPAS; 2006.
25. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas y protocolos para la prevención, detección, y atención de la violencia intrafamiliar y sexual. Managua: MINSA; 2006.
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Protocoló de atención a víctimas de violencia intrafamiliar. Guatemala: MSPAS; 2008.
27. Manual de normas para la atención integral de los y las adolescentes. Tegucigalpa: Secretaria de Salud de Honduras; 1997.
28. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia. San Salvador: MINSAL; 2010.
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala [MSPAS]. Protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. Guatemala: MSPAS; 2009.
30. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas y protocolos para la prevención, detección, y atención de la violencia intrafamiliar y sexual. Managua: MINSA; 2009.
31. República de El Salvador. Código Procesal Penal de El Salvador, Libro Segundo, Titulo 1, Capítulo 1, Artículo 232. At: http://cnj.gob.sv/index.php?-view=article&catid=42%3Apublicaciones&tid=117%3Acodigoprocesal-penal-de-el-salvador-comentado&option=com_content&Itemid=12. Accessed 19 March 2012.
32. República de Guatemala. Código Procesal Penal de Guatemala, Capítulo III, Artículo 298. At: http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cpp.pdf. Accessed 19 March 2012.
33. República de Honduras. Código Procesal Penal de Honduras, Titulo III, Capítulo 1, Artículo 269. At: http://www.poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/CODIGO%20PROCESAL%20PENAL.pdf. Accessed 19 March 2012.
34. República de Nicaragua. Código Procesal Penal de Nicaragua, Titulo 1, Capítulo 1, Artículo 223. At: http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/5EB5F629016016CE062571A1004F7C62?OpenDocument. Accessed 19 March 2012.
35. Luciano D, Padilla K. Violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua: Análisis de datos primarios y secundarios. Managua: Ipas Centroamérica; 2012.
36. Corte Suprema de Justicia de Nicaragua. Instituto de Medicina Legal. Anuario 2009. At: http://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/iml/pdf/ml_anuario_2009.pdf. Accessed 12 September 2012.
37. Ministerio de Salud de Nicaragua. Oficina Nacional de Estadísticas. Análisis estadístico de la situación de salud en Nicaragua 2000–2011. At: http://www.conexiones.com.ni/files/79.pdf. Accessed 12 September 2012.
38. CIMAC Noticias. En Guatemala, subregistro en los casos de violencia sexual. August 2009. At:http://www.cimacnoticias.com.mx/site/09081801-En-Guatemala-subre.38984.0.html. Accessed 12 September 2012.
39. Corte Suprema de Justicia. Protócolo de Actuación en Delitos de Maltrato Familiar y Agresiones Sexuales. Guía para personal Policial, Fiscal, Médico-Forense y Judicial. Managua; 2003.
40. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud y justicia para mujeres ante la violencia sexual en Centroamérica. At: http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Una%20mirada%20completa_Iniciativa4.pdf. Accessed 12 March 2012.
41. Bott S, Guedes A, Claramunt M, et al. Improving the health sector response to gender based violence: a resource manual for health care professionals in developing countries. International Planned Parenthood Federation; 2010.
42. Garcia S, Henderson M. Options for reporting sexual violence: developments over the past decade. FBI Law Enforcement Bulletin. At: http://www.fbi.gov/stats-services/publications/law-enforcement-bulletin/May-2010/optionsfor-reporting-sexual-violence. Accessed 12 September 2012.
43. Harris L, Freccero J. Sexual Violence: Medical and Psychosocial Support. Sexual Violence & Accountability Project Working Paper. Human Rights Center, University of California, Berkeley; 2001. At: http://www.law.berkeley.edu/HRCweb/pdfs/SVA_MedPsych.pdf. Accessed 19 March 2012.

Se terminó de imprimir en los talleres gráficos de
Tarea Asociación Gráfica Educativa
Pasaje María Auxiliadora 156 - Breña
Correo e.: tareagrafica@tareagrafica.com
Página web: www. tareagrafica.com
Teléf. 332-3229 Fax: 424-1582
Lima - Perú

Número 1 **2003**

Reformas en el sector salud

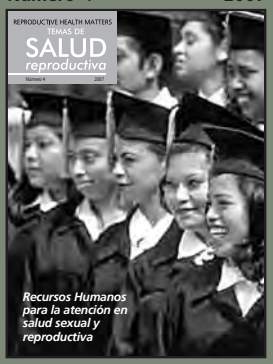
Número 2 **2005**

VIH/SIDA y servicios de salud sexual y reproductiva

Número 3 **2006**

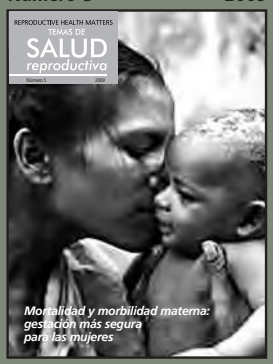
Aborto perspectivas globales

Número 4 **2007**



Recursos Humanos para la atención en de 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

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