

## 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 multietelares 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 dismantelar 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.

\* 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).

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

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,<sup>†</sup> 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<sup>‡</sup> 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](http://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](mailto: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

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

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

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 integridad 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,<sup>\*</sup> 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”.<sup>†</sup> 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.

<sup>\*</sup> 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.

<sup>†</sup> 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.†

\* 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

¿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

---

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, multi-sectorial 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.