

EDITORIAL

Un nuevo paradigma de desarrollo post-2015

Marge Berer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



DIETER TELEMANS / PANOS PICTURES

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

Mensajes fundamentales en este número de la revista

Derechos Humanos

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

Crítica al paradigma de los ODM

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

El objetivo de la salud y el derecho a la salud

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

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

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

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

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

Ayuda para el desarrollo

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

Enfrentando la realidad a nivel nacional

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

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

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

El rol de la abogacía (*advocacy*)

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

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

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

Mortalidad materna o salud materna

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

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

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