

Cómo incorporar la salud y los derechos sexuales y reproductivos en un marco de desarrollo transformacional: lecciones aprendidas de los objetivos e indicadores de los ODM

Alicia Ely Yamin,^a Vanessa M Boulanger^b

- a Profesora de Salud Mundial, Facultad de Salud Pública de Harvard; Directora, Programa sobre Derechos de Mujeres y Niños a la Salud, Centro de Salud y Derechos Humanos François-Xavier Bagnoud (FXB), Universidad de Harvard, Boston, MA, EEUU. Correspondencia: ayamin@hsph.harvard.edu
- b Directora de Programa, Programa sobre Derechos de Mujeres y Niños a la Salud, Centro FXB, Universidad de Harvard, Boston, MA, EEUU

Resumen: *En este artículo se examinan las consecuencias deseadas y no deseadas de la selección del ODM 5 como meta mundial, así como sus respectivos objetivos e indicadores. Se pone, en el contexto del modelo de desarrollo codificado en los ODM, lo que sucedió con el ODM 5 y con la salud y los derechos sexuales y reproductivos en general. En la última década, a medida que los ODM cobraron cada vez más importancia en el desarrollo y su uso evolucionó, inapropiadamente pasaron de ser metas mundiales a ser metas nacionales de planificación. Esta conversión fue perjudicial en el caso del ODM 5, en particular. No solo creó un estrechamiento con relación a las políticas y los programas, sino que también tuvo un gran impacto en el discurso del desarrollo en sí, ya que reestructuró el campo en términos de la organización y difusión de conocimientos y recalzó que el proceso de establecer metas e indicadores dista mucho de ser neutral pero codifica valores normativos. Con miras hacia el futuro, no es adecuado proponer un marco de ODM+ basado en la misma estructura. La salud y los derechos sexuales y reproductivos deben incluirse nuevamente en el discurso mundial, utilizando el desarrollo para empoderar a las mujeres y a las poblaciones marginadas, así como para abordar las desigualdades estructurales que son fundamentales para el cambio social sostenido. El nuevo marco de desarrollo debe incluir una narrativa influyente sobre la transformación social en la cual las metas y los indicadores adaptados al propósito desempeñen un papel, pero no superen ni limiten los objetivos generales de promover la justicia social, política y de género.* © 2015, edición en español, 2013, edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: Objetivos de Desarrollo del Milenio, salud sexual y reproductiva, derechos humanos, desarrollo humano, políticas y programas de salud

Actualmente es bien conocida la historia de cómo los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) recortaron la vasta agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos establecidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing) hasta confinarlos al campo

de la salud materna, que está relativamente despolitizado.¹⁻⁵ Tras los avances iniciados en Viena en 1993, cuando los derechos de las mujeres fueron declarados derechos humanos, el movimiento de mujeres obtuvo éxitos extraordinarios, aunque no carentes de precedentes, al presentar una agenda progresista en la CIPD y luego ampliándola con la agenda de Beijing.^{1,2,6,7}

El rápido contragolpe que siguió demostró la ferocidad con la que se impugnaba y se sigue impugnando el derechos esencial de las mujeres a controlar sus cuerpos y, por ende, sus vidas.³⁻⁵ Fue así que la Declaración del Milenio, aprobada por 189 Estados Miembros de la ONU y considerado generalmente como un documento “centrado en las personas” que intentó incorporar temas de desarrollo humano, no incluyó una sola referencia a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.^{8,9} A su vez, los ODM, que se crearon en un proceso tecnocrático y de arriba hacia abajo, como una hoja de ruta para implementar la Declaración del Milenio, solo incluyeron un objetivo relacionado con la salud y los derechos sexuales y reproductivos: el ODM 5, que exhorta a que se mejore la salud materna.^{4,5,10}

Lo que es menos conocido son las consecuencias empíricas y normativas que resultan de la elección de la meta, objetivos e indicadores para el ODM 5, así como la relación entre lo que ocurrió con el ODM 5 y la visión de desarrollo codificada en la totalidad de la agenda de los ODM. Desde su establecimiento, en el año 2001, los ODM se han convertido en el plan maestro por excelencia para la cooperación internacional.¹¹ Aunque su intención ostensible era reflejar el compromiso programático de acabar con la pobreza mundial, enunciado en la Declaración del Milenio, en la práctica los ODM han servido solo para darle una leve pincelada de desarrollo humano a la estructura neoliberal que continúa dominando el mundo.^{12,13} Es más, el reduccionismo de los ODM y la manera en particular en que los objetivos, metas e indicadores llegaron a dirigir la agenda, han tenido un efecto complicado en la práctica y el discurso del desarrollo; no solo en lo que atañe a la salud y los derechos sexuales y reproductivos sino también en lo que atañe a otros complejos problemas sociales. Al proyectarnos al lugar que ocuparán la salud y los derechos sexuales y reproductivos en un marco de desarrollo futuro, resulta esencial no solo que se expresen las aspiraciones políticas de progreso del mundo, sino también reflexionar sobre lo que implica estructurar una agenda para el desarrollo aplicando la metodología que se usó para establecer las metas de los ODM.

En este artículo exploramos qué consecuencias, voluntarias e involuntarias, tuvo la selección del ODM 5 como objetivo mundial, junto

con la Meta 5A, que exhorta a reducir la razón de mortalidad materna (RMM) en un 75% con respecto a los niveles de 1990, así como el tardío agregado de la Meta 5B sobre el acceso universal a la salud reproductiva, con sus correspondientes indicadores. Para poder ubicar en un contexto mayor algunas de las consecuencias que han tenido los ODM en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, nos basamos en los resultados de un estudio de varios autores sobre los ODM, a cargo del Proyecto *Power of Numbers* (El poder de los números).¹⁴ Primero, analizamos el contexto político que explica cómo se establecieron los ODM y su inadecuada conversión de objetivos mundiales a metas de planificación nacional. En el caso del ODM 5 la elección de la meta y el principal indicador seleccionado –RMM – exacerbaron las consecuencias perversas de esta elección. Luego, exploramos las ambigüedades que rodeaban los tan pregonados éxitos de los ODM para movilizar atención y fondos para la “salud reproductiva”, señalando que el financiamiento adicional se dirigió solo a un subconjunto de temas, en tanto que otras áreas fundamentales fueron deliberadamente excluidas o ignoradas, y que los problemas de equidad no se tomaron en cuenta. Luego pasamos a las consecuencias involuntarias del ODM 5, tanto en términos de sus efectos en política/programación como de conocimiento/discurso, para lo cual examinamos la programación, en gran medida tecnocrática y estrecha, que surgió de los esfuerzos por lograr resultados en el ODM 5, y el giro en el discurso que pasó de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a la salud materno-infantil y del recién nacido, respectivamente. Finalmente, desde la perspectiva de los derechos humanos, consideramos las lecciones aprendidas de las metas e indicadores para el ODM 5, y los ODM en su conjunto, que deberían darnos la información para pensar en cualquier futura agenda del desarrollo, incluyendo los debates en curso para establecer los Objetivos de Desarrollo Sostenible cuando venza el plazo de los ODM en 2015.

Cómo surgieron los ODM – y qué uso se les dio al final: implicancias respecto al ODM 5

Los ODM introdujeron un nuevo modelo de desarrollo que, según el consenso predominante, ha sido muy exitoso.^{11,15} Presentaban

una estructura jerarquizada con objetivos, metas, e indicadores en la cual los objetivos pretendían ser normativos y programáticos; las metas debían asignar objetivos numéricos, con límites de tiempo para cada uno de ellos; y los indicadores eran los datos que se usarían para monitorear el avance hacia el logro de las metas.

Los objetivos descritos con amplitud en la Declaración del Milenio en 2000 se tradujeron a ODM y fueron presentados por primera vez en 2001 en un documento de 'Hoja de Ruta' que se orientó inicialmente a facilitar la elaboración de informes sobre los avances logrados.⁷ Los ODM se conceptualizaron como objetivos mundiales para asignarles prioridad a áreas desatendidas durante mucho tiempo.¹¹ John Ruggie, el principal arquitecto de la Declaración del Milenio, ha sostenido que la lista de objetivos debía ser sencilla y memorable para lograr consenso y atención.¹⁶ Michael Doyle, autor del documento que contiene la Hoja de Ruta, procuró replicar el efecto que tuvieron los Objetivos de Desarrollo Internacionales de 1996 en lograr financiamiento entre los países de la OCDE gracias a sus metas con plazos concretos.¹⁶ Se consideró fundamental que los ODM fueran sencillos y breves para poder utilizar estos objetivos mundiales como mecanismos de comunicación. Sin embargo, eran completamente inadecuados para las complejidades propias de la planificación nacional. No obstante, los ODM pasaron a utilizarse precisamente de esa manera, como guías técnicas para la asignación de recursos y el diseño de políticas.^{16,17}

En efecto, a medida que los ODM fueron asumiendo un papel central en el desarrollo a lo largo de la última década, también evolucionaron el uso y la interpretación prevista para ellos. El informe de 2005 del Secretario General de la ONU, *Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos*, analiza explícitamente los objetivos en tanto metas de planificación nacional.¹⁸ El informe *Invirtiendo en el Desarrollo*, también publicado en 2005, hizo variar aún más la comprensión de los ODM, al definir procesos que debían darse en cada país y recomendaciones para alcanzar "las metas cuantitativas señaladas en los ODM."¹⁹ Algunos países desarrollaron sus propias metas de planificación y adaptaron

los ODM a su realidad nacional.²⁰ Sin embargo, especialmente en los países que dependían mucho de la ayuda internacional (que incluía prácticamente a todos los países con grandes tasas de mortalidad y morbilidad materna y cuyos donantes mostraban una mayor resistencia a la adaptación y apropiación de los ODM a la realidad nacional), las metas mundiales ya no fueron tratadas solo como "puntos de referencia" para medir el progreso, sino más bien para impulsar todo el proceso de planificación de políticas.^{21,22}

La RMM es uno de los principales indicadores de salud materna que podría ser apropiado para el objetivo de movilizar la atención hacia una prioridad desatendida por muchos años; sin embargo, son inapropiados para evaluar si los avances de las estrategias e intervenciones son o no eficaces a nivel nacional. Por consiguiente, en el caso del ODM 5 resultó perjudicial convertir las metas que eran herramientas de movilización mundial, en herramientas de planificación nacional. Debido a la falta de inversión en sistemas adecuados de estadísticas vitales para generar resultados, los ejercicios de cálculo tuvieron que depender, en gran medida, del modelo estadístico. La mayoría de los estimados tienen grandes intervalos de confianza, debido a la mala calidad de los datos y a su escasa disponibilidad, así como al número relativamente menor de ocurrencias a nivel de la población; esto produce resultados dudosos y complica la interpretación de los cambios en las tendencias.

Incluso en esa época, los estadísticos que participaron en la selección de indicadores para los ODM reconocieron la necesidad de complementar las RMM con indicadores de procesos para medir el ODM 5A.23,24 La atención obstétrica de emergencia, reconocida ampliamente como crucial para salvar las vidas de las mujeres y único indicador de salud materna vinculado con el funcionamiento del sistema sanitario, fue descartada y remplazada por la asistencia calificada en el parto debido, en gran medida, a que para este tipo de atención sí había datos disponibles. Hasta la fecha los datos completos de atención obstétrica de emergencia todavía no se recopilan a nivel nacional en la mayoría de países con alta incidencia de mortalidad y morbilidad materna.⁵ Sin embargo, la asistencia calificada en

el parto también tiene sus problemas, según sea la metodología de encuestas utilizada para registrar las ratios a nivel nacional y la consiguiente dificultad para comparar datos en distintos contextos.²⁵

Ante la carencia de estadísticas vitales adecuadas, muchos países con alta incidencia dependían en gran medida de métodos menos directos y menos efectivos para monitorear la mortalidad materna. Por ejemplo, *el Plan estratégico nacional y la hoja de ruta para acelerar la reducción de muertes de madres, recién nacidos y niños 2008-2015* de Tanzania, usan datos del sistema de información sobre la gestión sanitaria, de los informes anuales de salud infantil y reproductiva, y datos de las encuestas demográficas y de salud, así como de encuestas de otros establecimientos y de hogares, para hacer el seguimiento de los niveles de mortalidad y morbilidad materna en el país. Se reconoce que hay muchas deficiencias en los datos, incluyendo “registro incorrecto e incompleto, definición inapropiada del caso, manejo de los datos, fuente de información, y métodos de estimación inadecuados”.²⁶

Ni las RMM ni la asistencia calificada en el parto abordan la problemática de los niveles de fecundidad, y mucho menos el espectro de necesidades en materia de salud sexual y reproductiva. Recién a partir de 2005, y debido al vigoroso trabajo de *lobby* a cargo de UNFPA y otras organizaciones, se añadió la Meta 5B, en tanto que los indicadores para dicha meta recién se definieron en 2007. La Meta 5B insta a lograr para 2015, “el acceso universal a la salud reproductiva”, además, se añadieron cuatro indicadores de cobertura de servicios de salud (tasa de uso de anticonceptivos, tasa de fecundidad de las adolescentes, cobertura prenatal y necesidad no satisfecha de planificación familiar) a la lista oficial de ODM.^{27,28}

Una combinación de indicadores puede ayudar a tener una idea de cómo se las agencian las mujeres para controlar su reproducción, pero no deja de tener sus bemoles. Por ejemplo, la “necesidad no satisfecha de planificación familiar” se basa en encuestas hechas a mujeres casadas y no incluyen a chicas o mujeres que no vivan con una pareja.²⁹ El ODM 5B fue aprobado a pesar de la fuerte oposición política del gobierno del presidente Bush, entre otros, y se le asignó escasa prioridad hasta

2012 cuando resurgió a nivel mundial el tema de la anticoncepción o “planificación familiar”,* g.30

Mobilización de la atención y del financiamiento: claroscuros

El objetivo general de los ODM era movilizar financiamiento del Norte hacia el Sur, y no cabe duda de que la asistencia de los donantes en materia de salud aumentó espectacularmente durante este período. Mientras la salud materno-infantil y del recién nacido (MNCH por sus siglas en inglés), obtuvo solo la mitad del financiamiento que recibió VIH/SIDA en 2008, el total de la asistencia oficial al desarrollo (AOD) para las actividades de MNCH ha sido más que duplicada * de \$2.56 mil millones en 2003 a \$6.48 mil millones en 2010.³¹⁻³³ La AOD para actividades de MNCH en los 74 países de la iniciativa Cuenta regresiva aumentó de \$1.96 mil millones en 2003 a \$3.46 mil millones en 2006 y a \$4.99 mil millones en 2010. De los \$3.46 mil millones desembolsados en 2006 para MNCH a los países de la Cuenta regresiva, 68% se gastó en salud infantil y 32 % se gastó en salud materna y del recién nacido.³¹ Entre 2003 y 2010 la AOD para “salud reproductiva” (cuidado prenatal, parto y atención postnatal; infertilidad, consecuencias de aborto con riesgos y actividades de maternidad sin riesgos) aumentó más del doble, de \$305 millones a \$863 millones (Figura 1).³⁴ Si bien la dotación de fondos para apoyar al sector salud aumentó significativamente de \$0.144 mil millones en 2000 a \$1.234 mil millones en 2009, el aumento en el financiamiento todavía no ha penetrado los niveles más estrechos y verticales de la programación.³⁵

Mientras que algunos aspectos de salud reproductiva han recibido incuestionablemente mayor atención y financiamiento durante los ODM, no ocurrió lo mismo con el control de la natalidad o “planificación familiar,” como

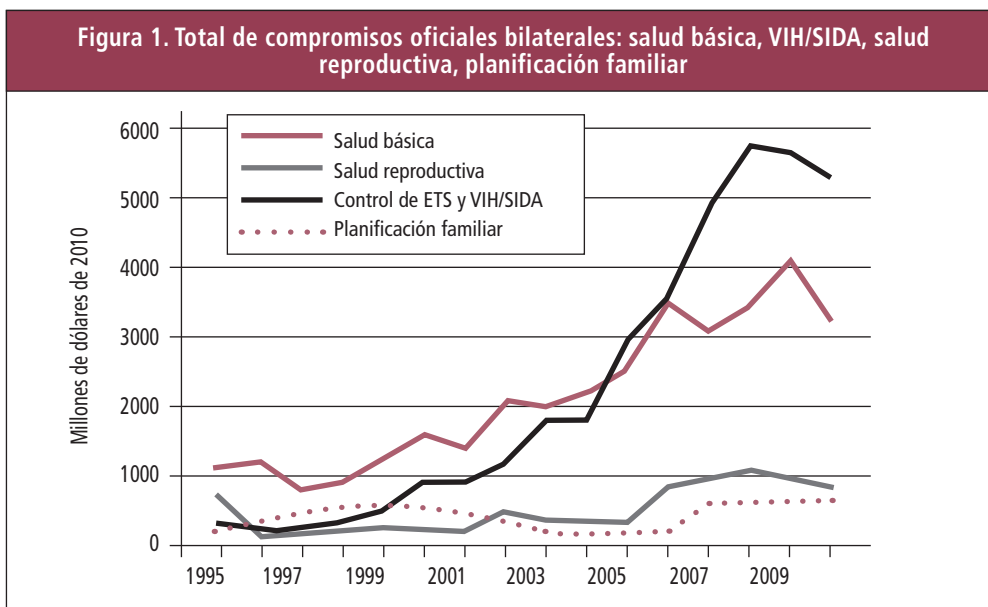
* Esta terminología es problemática porque muchas personas necesitan un anticonceptivo fuera del contexto de la “planificación de familias”, nosotras lo usamos sólo en referencia a la Cumbre de Planificación Familiar, realizada en Londres en 2012 y a la Iniciativa de Planificación familiar 2020.

se definía el rubro de financiamiento hasta 2012. En efecto, Nguyen et al. señalan que entre 2000 y 2007 la asistencia de los donantes para planificación familiar disminuyó tanto en términos absolutos, de \$518 a \$462 millones, como en términos proporcionales, de 30% a 5% del total destinado a “asistencia en actividades de población” (que incluyen anticonceptivos, servicios básicos de salud reproductiva que abarcan salud materna, aborto, información, educación y comunicación sobre salud reproductiva, entre otros servicios, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, así como investigación básica, datos y análisis de políticas sobre población y desarrollo).³⁶ Sin embargo, no se puede atribuir la carencia de fondos para anticoncepción a la falta de atención brindada a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los ODM. Por ejemplo, el gobierno de los EEUU causó un enorme vacío en este campo cuando dejó de financiar al FNUAP.^{37,38} La falta de un financiamiento adecuado por parte de los donantes para el control de la natalidad tuvo efectos gravísimos en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por ejemplo, un estudio realizado en 2013 sobre la prevalencia de anticonceptivos entre 1990 y 2013 descubrió que de los 26 países con la más baja prevalencia de anticonceptivos en 1990 (menor al 10%), el aumento absoluto para

2010 fue menor de 10% en 16 países africanos.³⁹ Con respecto a las necesidades de planificación familiar no satisfechas, los valores estimados para África central y occidental en 2010 fueron casi idénticos a los de 1990.³⁹

La Cumbre de Planificación Familiar de Londres realizada en 2012 ha prometido, hasta la fecha, nuevos y considerables compromisos de ayuda, incluyendo aportes de la Fundación Bill y Melinda Gates. Sin embargo, el documento que emanó de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible; Río+20, así como el discurso tanto público como académico, sugieren que lo que verdaderamente motiva la renovada atención dedicada a la “planificación familiar” y a la anticoncepción son las consideraciones del “desarrollo sostenible” y del crecimiento económico, y no la salud y los derechos sexuales y reproductivos.⁴⁰⁻⁴³

Se podrían enfrentar otros problemas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, como el hecho de que se producen 13% de muertes maternas en el mundo, si se brindara acceso a servicios de aborto sin riesgos y a precios asequibles; pero a menudo esos problemas han sido excluidos explícitamente del financiamiento proporcionado para reducir la mortalidad materna.^{5,44} Es justo decir que los responsables de esta exclusión son donantes



muy conocidos, así como los son las opiniones conservadoras y religiosas que se oponen al aborto y la incapacidad o la renuencia de muchos gobiernos del Sur a desoír a estas fuerzas.⁴⁵ Se han logrado ganancias significativas en los órganos internacionales de supervisión de los derechos humanos en torno a los derechos al aborto, y ha habido casos de resistencia en los tribunales, así como movilización social, pero también se han presentado reacciones adversas.^{38,46}

Cabe añadir que en la CIPD y en Beijing se resaltaron muchos temas que trascienden las intervenciones en el sector salud, como el de la violencia por razón de género, que quedaron fuera de la agenda de los ODM y fueron lanzados a la periferia del discurso mundial.⁴⁷ Recién en 2013 la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, junto con el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda para el Desarrollo Post-2015 y el Secretario General de la ONU, salieron a la palestra con informes que enfatizaban rotundamente la necesidad de tratar los casos de violencia en razón de género como una violación de los derechos humanos y colocar su eliminación como una prioridad para el desarrollo mundial.⁴⁸⁻⁵⁰

Suma de los logros, persistencia de las desigualdades

Los tan pregonados éxitos en la reducción en un 47% de las RMM y el descenso en muertes maternas de 543 000 a 287 000, a nivel mundial⁵¹ también encubren desigualdades y potenciales modalidades de discriminación, que son críticas desde una perspectiva de derechos humanos. Países como Tailandia, que han progresado notablemente en la reducción de las desigualdades en utilización y resultados de salud reproductiva, lo han logrado a través de inversiones sustanciales y constantes en los sistemas de salud.⁵² Sin embargo, como se eligió que las metas de los ODM se concentren en la suma de los logros y no en las disparidades, muchos países que desean que se les considere “bien encaminados” optaron por no centrarse en las poblaciones marginadas o remotas, sino en las zonas urbanas o periurbanas más grandes para lograr una “mejor relación entre calidad y precio”

para las inversiones de salud reproductiva y de otra índole.^{53,54}

Los ODM, en general, han sido sumamente criticados por concentrarse en la suma de los logros sin tener en cuenta la igualdad. El Proyecto *The Power of Numbers* encontró falta de interés en resolver problemas como la falta de igualdad en el acceso a servicios de agua y saneamiento, así como en materia de educación y de supervivencia infantil. Por ejemplo, *Unterhalter* plantea que el hecho de no abordar la igualdad en el objetivo de matriculación en la escuela primaria (Objetivo 2) perpetuó la marginación de los niños que provenían de grupos socioeconómicos más bajos, y de los grupos étnicos más sojuzgados quienes generalmente viven en zonas que no han sido beneficiadas por programas de desarrollo social.⁵⁵

Es indispensable desagregar los datos para poder detectar las disparidades entre los países y al interior de cada uno de ellos y también para identificar las modalidades de discriminación potenciales entre poblaciones. En el caso del ODM5, al desagregar las RMM se exacerban los problemas antes mencionados sobre la interpretación de los datos, por lo pequeñas que son las muestras y lo grandes que son los intervalos de confianza.²³ Es así que, por ejemplo, el discurso optimista de la India sobre las reducciones en RMM se ve socavado cuando se observa la información detallada, estado por estado, o a través de los quintiles de ingresos, a pesar de la calidad y disponibilidad de los datos mismos.⁵⁶ Sin embargo, aunque la elección de la RMM como indicador ocultó involuntariamente los efectos sobre la igualdad de los ODM, estos fueron puestos en evidencia de manera alarmante por la información sobre la asistencia calificada en el parto. Un estudio comparativo publicado en 2012, sobre 12 intervenciones en MNCH en 54 países demostró que la asistencia calificada en el parto era el indicador de ODM que reflejaba la mayor desigualdad, y está sujeto a variaciones significativas según los quintiles de riqueza o la distribución geográfica.⁵⁷ El promedio en asistencia calificada en el parto de estos 54 países fue de 54%, pero la cobertura media en el quintil más pobre era de sólo 32% comparado con un 84% en el quintil más rico.

Programación vertical, compartimentalización y objetivos de corto plazo

Una serie de evaluaciones de las Hojas de ruta, para determinar el progreso alcanzado en los ODM, han demostrado que su impacto positivo en los servicios para las mujeres ha sido escaso.⁵⁸ Uno de los motivos para ello es la existencia de la programación vertical y la falta de un planeamiento multisectorial a nivel nacional, el cual finalmente impide avanzar hacia un enfoque integral en materia de MNCH y de salud sexual y reproductiva a nivel más amplio.⁵⁸ La propia estructura de los ODM, que se concentra en resultados cuantificables fomentó la programación vertical, estrecha y a corto plazo. No se establecieron conexiones entre los ODM, ni siquiera entre los que estaban relacionados a la salud. En el caso del VIH/SIDA, la fuerte movilización del colectivo VIH/SIDA que señaló la diferencia entre el discurso de la salud y derechos sexuales y reproductivos y el discurso del VIH/SIDA, argumentando su carácter “excepcional” y citando amenazas a la seguridad nacional, también tuvo enormes repercusiones para el financiamiento y la programación en el proceso de los ODM.⁵⁹⁻⁶¹

Además, el hecho de que los ODM prioricen los resultados a corto plazo, por encima de los cambios sistemáticos, puede haber exacerbado una tendencia del financiamiento para la salud, que se vio dominado por los enfoques de la “gestión basada en resultados” y la “relación precio-calidad”, que a menudo se asociaban a pedidos o promesas de “mayor responsabilidad”.⁶² El documento estratégico de reducción de pobreza (DERP) del Banco Mundial había promovido este enfoque del financiamiento basado en resultados y los hechos sugieren que, una vez que se introdujeron los ODM, muchos de los DERP simplemente fueron modificados para incluir las metas de los ODM, como objetivos de consenso y como metas de planeamiento, sin adaptarlas a las condiciones y prioridades locales.⁶³ Por ejemplo, en vez de abordar los temas macroeconómicos más amplios relacionados con el acceso de las mujeres a los recursos y al empleo productivo en general, especialmente en salud reproductiva, los programas basados en vales y transferencias bancarias jugaron un papel cada vez

más importante durante la década del 2000. Es indudable que estos programas les brindan a las mujeres los recursos para elegir opciones “pre-seleccionadas” sobre su salud reproductiva, en vez de concentrarse en el empoderamiento económico más amplio que enfatiza la equidad de género y también afecta la salud sexual y reproductiva. A pesar de la popularidad que tienen estos programas de vales de salud reproductiva entre los donantes y los organismos internacionales, con excepción de algunos casos en América Latina, se han realizado pocas evaluaciones rigurosas de estos programas y las evaluaciones efectuadas se hicieron aplicando distintas metodologías.⁶⁴

El enfoque de los ODM sobre el desarrollo, concentrado en intervenciones estrechas y resultados concretos, contrasta fuertemente con el reconocimiento que había surgido de las conferencias internacionales de los 90 respecto a la interdependencia del progreso en varios ámbitos sociales y económicos, y la necesidad de no descuidar las libertades civiles y políticas.^{1,2,6} Estas conferencias fueron notables por sus enfoques intersectoriales. No solo en la CIPD y en Beijing sino también en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en Nueva York de 1990, en la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, realizada en 1990 en Jomtien, en La Cumbre para la Tierra de 1992 en Río, en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de 1994 en Copenhague, en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 en Roma, y en la Conferencia de Estambul sobre los Asentamientos Humanos en 1996. En todas estas conferencias mundiales se reconoció explícitamente la naturaleza transversal de los complejos temas sociales que intentaban abordar y casi todas también reconocieron la importancia que tiene la igualdad entre los géneros para el desarrollo (reducido al ODM3, medido por la paridad de los géneros en educación, y solo después en algunas medidas de participación política femenina).

Si bien los ODM buscaban codificar el modelo de desarrollo más “centrado en las personas” que se menciona en la Declaración del Milenio, en realidad marcó un retroceso hacia los planteamientos de desarrollo más limitados de los años ochenta, en los que la salud, la educación y otros similares no eran considerados derechos sino necesidades básicas.⁶²

El proyecto “*The Power of Numbers*” reveló que el ODM5 no era lo único afectado por este giro en modelo de desarrollo. Por ejemplo, el análisis de Fukuda-Parr y Orr del ODM1 sobre el hambre muestra que los ODM han promovido medidas para lograr mejoras a corto plazo a través de suplementos alimentarios y nutricionales, en vez de buscar un cambio sostenido como el descrito en el enfoque amplio de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación que estableció que la seguridad alimentaria es un derecho humano.⁶⁵ Similarmente, *Unterhalter* muestra que el objetivo de educación reducía la agenda integral de “Educación para todos” de Jomtien a la educación primaria universal, marginando las consideraciones de igualdad, calidad, cuestiones de género entre otros, y reemplazándolos por resultados medibles y a corto plazo.⁶⁵ Cohen demostró que el Objetivo 7, Meta 7D – una mejora significativa en la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de barrios marginales – reducía los objetivos económicos, sociales, de gobernabilidad y ambientales más amplios, trazados en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos de 1996, al simple recuento de casas y baños, y por lo tanto no abordaba los desafíos estructurales que debía afrontar la urbanización, como son el cambio climático, el crecimiento económico y la creación de empleo.⁶⁶ Sen y Mukherjee descubrieron que los ODM solo incorporaron uno de los 13 puntos de acción para la igualdad de género de la Conferencia de Beijing.⁶⁷

Cambio de discurso: ¿De salud y derechos sexuales y reproductivos a salud materna y del recién nacido?

Los ODM no sólo hicieron que las políticas y programas se volvieran más limitados sino que tuvieron un efecto enorme sobre el discurso mismo del desarrollo. Ningún objetivo ilustra esto de forma más clara que el ODM5, donde los ODM llevan a una reconfiguración del sector, no solo en términos de financiamiento, políticas y programación, sino también en lo que se refiere a la organización y difusión del conocimiento.

Para el 2005, cuando los ODM ya eran el marco consensuado para las políticas de cooperación internacional,¹⁹ también había la

creciente sensación de que la dispersión de los esfuerzos en la salud de la madre, el recién nacido y el niño, que pudo haber sido exacerbada por la estructura de los ODM, fue contraproducente para la realización de los ODM 4 y 5. La creación de la Alianza para la salud materno-infantil, el recién nacido y el niño, y el lanzamiento del proceso de atención ininterrumpida de la salud, fueron grandes esfuerzos para superar esta compartimentalización, ya que ambos intentaron que los colectivos dedicados a la investigación y a la práctica se acercaran. El modelo de atención ininterrumpida de la salud no era nuevo, pero hizo notar que había muchos vínculos entre los establecimientos de salud y entre las intervenciones previas al embarazo, a lo largo del mismo y en el período de posparto y primera infancia. Si bien esto no solucionó el problema de la fragmentación a nivel nacional, en algunos de los países más afectados, la Alianza para la salud materno-infantil y del recién nacido y el niño sirvió para que este enfoque fuera adoptado como el camino a seguir por la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño del Secretario General de la ONU en el 2010.⁶⁸

El modelo de atención ininterrumpida de la salud reflejó a la vez que contribuyó a un cambio significativo en el rol que se le da a la mujer en los ODM, colocan a la mujer, en tanto madre y cuidadora de niños, al centro de la agenda, en lugar de reconocer como objetivo de la agenda el empoderamiento de las mujeres en tanto ciudadanas sociales independientes y con derechos. Esto fue un cambio importante con relación al entendimiento transformacional de la salud y los derechos sexuales y reproductivos producidos por el CIPD, que fue reafirmado en Beijing y que reconocía a las mujeres como agentes del cambio social, y sujetos de derecho y llamaba a la acción sobre una serie de temas que trascendían tanto al sector salud como a los ciclos completos de vida de las mujeres y no se limitaban a su estado de embarazo. Esta agenda anterior, llamaba a subvertir las arraigadas relaciones de poder en todos los ámbitos: desde los modelos macroeconómicos más generales que contribuyen a la feminización de la pobreza, hasta el nivel más individual y micro-social de la violencia dentro de la pareja

y, por consiguiente, fue intrínsecamente cuestionado desde el punto de vista político.⁶⁹

Al amparo del enfoque en la salud materna, los debates sobre los roles asignados socialmente a las mujeres fueron desplazados del discurso predominante sobre el desarrollo, y muchos temas, tales como la violencia de género y la expresión e identidad de género se desvanecieron, tanto de las investigaciones como de los discursos. Los programas de algunas de las principales conferencias mundiales de este periodo, como *Woman Deliver* y las Conferencias Mundiales de Salud Materna, que reunieron millones en fondos y concitaron gran atención a través de números especiales de la revista *Lancet* reflejaron este giro y, en cierta medida, también contribuyeron al mismo.

A pesar de estos acontecimientos resulta fundamental subrayar que el movimiento por la salud y los derechos de las mujeres ha continuado en la lucha por una agenda más amplia en la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde principios del 2000 hasta la fecha. Esto se puede apreciar, entre otras cosas, con la exitosa incorporación del ODM 5B a pesar de la enorme resistencia política; con el continuo uso de paradigmas de la salud y derechos sexuales y reproductivos en espacios nacionales e internacionales; y con la reunión de Langkawi de 2010. Entre otros acontecimientos más recientes podemos citar la creación de redes y las campañas de Advocacy sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos en una agenda para el desarrollo post-2015, y el progresista documento de Consenso de Montevideo, resultante del informe regional CIPD+20 para América Latina, todos ellos indicadores alentadores de un avance político continuo con relación a la salud y derechos sexuales y reproductivos en los futuros marcos del desarrollo.^{15,47,49,69,70}

Implicancias para el establecimiento de la futura agenda del desarrollo

La atención del mundo ahora está concentrada en armar la agenda de desarrollo post-2015, que incluirá un nuevo conjunto de objetivos, probablemente los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y quizás otros, con sus respectivos indicadores y metas.⁴²⁻⁴⁹ El colectivo de salud

y derechos sexuales y reproductivos ha incrementado su visibilidad con el fin de promover que los reclamos más amplios en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos sean incorporados en la agenda post-2015 y se les asocie al proceso de CIPD+20. Sin embargo, se le ha prestado menos atención a la futura estructura del marco de desarrollo, y a sus implicancias para la salud y derechos sexuales y reproductivos. El análisis del ODM 5 y el Proyecto *Power of Numbers* sugieren tener en consideración los principales dilemas inherentes a la elaboración de objetivos y metas basados en los tipos de criterios que se usaron en los ODM.

Establecimiento de objetivos universales e interrelacionados

Es absolutamente necesario que en el futuro marco del desarrollo, la salud y los derechos sexuales y reproductivos se arraiguen en todos los objetivos y que se contemple su relación tanto con la justicia de género como con la justicia económica. La salud y los derechos sexuales y reproductivos son aplicables y pertinentes a muchos de los objetivos potenciales que se están considerando para la agenda del desarrollo post-2015, no solo en el ámbito de la salud sino también en los campos del empleo (y en el trabajo no remunerado de las mujeres), educación, nutrición y seguridad alimentaria, gobernabilidad democrática y cambio climático, acceso al agua y el saneamiento. Los derechos a la salud sexual y reproductiva están intrínsecamente ligados con la pobreza y con la desigualdad, especialmente con la desigualdad en razón del género. Además, los derechos deben ser incluidos como cuestión central en todos los objetivos.

La salud y los derechos a la salud sexual y reproductiva también subrayan la importancia de tener un conjunto de objetivos universales. Temas tales como la violencia de género afectan a países con niveles de desarrollo radicalmente distintos.⁷¹ Por otro lado, lograr el acceso universal a información, educación y servicios de calidad, integrales e integrados sobre salud sexual y reproductiva también plantea cuestiones de desigualdad entre países y al interior de los mismos. Como plantean Sumner y Gentilini en su estudio para el Proyecto *Power*

of Numbers, el 72% de los pobres de todo el mundo viven ahora en países de renta media, lo que ilustra dramáticamente la necesidad de abordar, en la futura agenda del desarrollo, la problemática de la igualdad y las modalidades de discriminación potenciales en el seno de los países.⁷²

Instauración de metas diferenciales

Una lección importante que debemos aprender de los ODM es que resulta imperativo contar con metas graduadas que reflejen el nivel de desarrollo, como lo hicieron anteriormente las Conferencias de la ONU, y que al menos reconozcan que todos los países tienen mejoras pendientes y que no pongan en una situación de desventaja intrínseca a los países que se encuentren más alejados del logro de algún objetivo específico. Es esencial que el proceso de trazar metas cuantitativas encuentre un equilibrio entre la participación y los aportes de los gobiernos nacionales al fijar sus propias metas, para que la población local se sienta motivada a apropiarse de dichos proyectos, aplicando estándares rigurosos de justificación, e incluyendo comparaciones o benchmarking con países que tengan INB y situaciones demográficas similares, para que las metas fijadas sean suficientemente ambiciosas. La metodología que aplican los Comités de Monitoreo de Tratados de Derechos Humanos constituye un ejemplo de la relación que debe existir entre el establecimiento de normas y el proceso subsiguiente de análisis comparado o *benchmarking* con el cual es posible y apropiado responsabilizar a los gobiernos.

Elección de indicadores para los derechos humanos

En un contexto de derechos humanos, algunos indicadores no serán y no deberían ser cuantitativos. Por ejemplo, una meta que lanza un llamado al “reconocimiento universal de los derechos sexuales y reproductivos” necesariamente se basará en indicadores relacionados con marcos legales y políticos. El hecho de que estos no sean cuantitativos no impide que sean aspiraciones ligadas a plazos fijos, y requieran esfuerzos institucionales y políticos tangibles en ese período. Por ejemplo, el grupo de trabajo de

alto nivel CIPD+20 recomienda: “criminalizar [inmediatamente] la violencia sexual y acabar con la impunidad de los autores, y abolir los matrimonios precoces y forzados y la mutilación genital femenina en el plazo de una generación”.⁷³

En cuanto al futuro, es particularmente importante que los indicadores cuantitativos sean desagregados de manera significativa para mostrar modalidades potenciales de discriminación. Como ya se ha comprobado, la disponibilidad de datos no puede evitar automáticamente la selección de algunos indicadores, como se hizo en los ODM.⁷⁴ Por ejemplo, la inversión en sistemas de estadísticas vitales será esencial para generar datos que apuntalen la capacidad de monitorear muchas problemáticas de salud sexual y reproductiva, y otros temas como el matrimonio infantil. Además, los indicadores deben ser aplicables a la formulación de políticas y sensibles a las intervenciones políticas.⁵ Esto implica la necesidad de contar con indicadores de proceso así como con indicadores de resultados, tales como atención obstétrica de emergencia. En materia de derechos humanos, los indicadores se usan para medir el cumplimiento de las obligaciones internacionales y sin estas mediciones de conducta es imposible responsabilizar a los gobiernos para que adopten “medidas apropiadas” sobre bases no discriminatorias, conforme lo exige la legislación internacional sobre derechos humanos.

Conclusiones

La historia de lo que ocurrió con la salud y los derechos sexuales y reproductivos durante los ODM puede servir para aprender muchas lecciones y aplicarlas en la futura agenda del desarrollo. Está claro que avanzar en salud y derechos sexuales y reproductivos requerirá cambios en la arquitectura económica mundial y en la estructura institucional mundial, lo que afectará una serie de cuestiones que van desde el financiamiento para el desarrollo hasta los acuerdos de comercio, ya que ambas vicisitudes de asistencia y estructuras económicas mundiales tienen consecuencias dramáticas para la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Hemos descrito los efectos causados por el énfasis que ponen los ODM en las metas

cuantitativas con plazos fijos e indicadores que terminaron definiendo los objetivos sociales. Si bien la simplicidad fue una fortaleza clave de los ODM para crear conciencia, la selectividad inherente a reducir la agenda del desarrollo a “un conjunto de objetivos” estuvo lejos de ser un proceso neutral y excluyó muchas dimensiones críticas de cada uno de los objetivos. De modo similar, si bien la posibilidad de fijar metas cuantitativas fue otra de las fortalezas de los ODM para comunicar conceptos complejos, el Proyecto *The Power of Numbers* descubrió algo muy importante: que concentrarse exclusivamente en metas “medibles” puede desviar la atención de las políticas alejándolas de las preocupaciones estructurales sobre derechos humanos, que requieren cambios legales, políticos e institucionales, y que no se adaptan fácilmente a la medición cuantitativa.

Si bien las metas concretas y basadas en resultados fueron efectivas para lograr el consenso sobre los ODM como un marco de desarrollo, esto generó intervenciones a corto plazo que no abordaban las causas, ni siquiera de la mortalidad materna, ni mucho menos de las violaciones a la salud y derechos sexuales y reproductivos más ampliamente. En todos los ODM, la preocupación de lograr satisfacer las necesidades básicas fortaleció el apoyo financiero a las iniciativas nacionales y mundiales en salud que invirtieron en programas verticales de arriba hacia abajo. Esto representó un claro abandono del discurso del desarrollo de los años noventa, que había incluido una preocupación por el cambio social y por cambios en las

relaciones de poder. Es más, en un enfoque del desarrollo basado en los derechos, el proceso de desarrollo debe involucrar a las personas no sólo como beneficiarias pasivas del progreso, sino como sujetos de derecho que tienen voz y preocupaciones, que exigen el respeto de sus derechos y participan en la transformación de las estructuras e instituciones que perpetúan su desempoderamiento.

Hemos argumentado que los enfoques estrechos y apolíticos en materia de la salud materna que se han impuesto como resultado de los ODM deben ser entendidos dentro del contexto más amplio de cambio de conceptos de desarrollo que tuvo lugar durante la primera década del 2000. Volver a poner la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el discurso mundial conmina a usar el desarrollo para empoderar a las mujeres y a las poblaciones marginales, y abordar las desigualdades estructurales que son fundamentales para un cambio social sostenido y que son un desafío permanente. La experiencia de los ODM nos recuerda que el proceso de fijar metas e indicadores dista de ser neutral, codifica valores normativos y tiene efectos de largo alcance en las políticas y programas. Proponer un marco de ODM+ basado en la misma estructura para el futuro, no resulta adecuado. El nuevo marco de desarrollo debe incluir un mensaje firme de transformación social, que incluya el respeto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en el cual las metas e indicadores adecuados a los objetivos cumplan un rol, pero que no dominen o restrinjan los objetivos más amplios de avanzar hacia la justicia social, política y de género.

Referencias

1. International Conference on Population and Development, Programme of Action, UN Doc A/CONF.171/13. United Nations, 1994.
2. Fourth World Conference on Women, Beijing Declaration and Platform for Action, A/CONF.177/20. United Nations, 1995.
3. Berer M. Images, reproductive health and the collateral damage to women of fundamentalism and war. *Reproductive Health Matters* 2001;9(18):6–11.
4. Crossette B. Reproductive health and the Millennium Development Goals: the missing link. *Studies in Family Planning* 2005;36(1):71–79.
5. Yamin AE, Falb KL. Counting what we know: knowing what to count: sexual and reproductive rights, maternal health, and the Millennium Development Goals. *Nordic Journal on Human Rights* 2012;30(3):350–71.
6. World Conference on Human Rights, Vienna Declaration and Programme of Action, A/CONF.157/23. United Nations, 1993.
7. Sen G, Govender V, Cottingham J. Maternal and Neonatal Health: Surviving the Roller-Coaster of International Policy. Centre

- for Public Policy Occasional Paper Series, No. 5. Bangalore: Indian Institute of Management; 2007.
8. United Nations Millennium Declaration, A/55/L.2. United Nations General Assembly, 2000.
 9. Report of the Secretary-General. Road Map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration. United Nations General Assembly, A/56/326; 2001. <http://www.un.org/millenniumgoals/sgreport2001.pdf?OpenElement>
 10. Hulme D. The Millennium Development Goals (MDGs): A Short History of the World's Biggest Promise. Working Paper No. 100. Manchester: Brooks World Poverty Institute; 2009.
 11. UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda. Realizing the Future We Want for All. Report to the Secretary-General. New York: United Nations; 2012.
 12. Ortiz Ortega A. Perpetuating power: a response. *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):35-41.
 13. Balakrishnan R, Elson D. Auditing economic policy in the light of obligations on economic and social rights. *Essex Human Rights Review* 2008;5(1):1-19.
 14. Yamin AE, Fukuda-Parr S, editors. *The Power of Numbers: A Critical Review of MDG Targets and Indicators from the Perspective of Human Development and Human Rights*. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, 2013. <http://harvardfxb-center.org/power-of-numbers/>.
 15. Department of Economic and Social Affairs. *The Millennium Development Goals Report*. Inter-Agency and Expert Group on MDG Indicators. New York: United Nations; 2013. <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf>.
 16. Fukuda-Parr S, Hulme D. *International Norm Dynamics and 'the End of Poverty': Understanding the Millennium Development Goals (MDGs)*. Working Paper No. 96. Manchester: Brooks World Poverty Institute; 2009.
 17. Fukuda-Parr S, Yamin AE, Greenstein J. *Synthesis Paper – The Power of Numbers: A Critical Review of MDG Targets for Human Development and Human Rights*. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
 18. *In larger freedom: towards development, security and human rights for all*. UN Report of the Secretary-General. New York: United Nations; 2005.
 19. *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. UN Millennium Project Report to the Secretary-General. New York: United Nations; 2005.
 20. United Nations Population Fund. *MDG 5: Improve Maternal Health*. In: *Potential Contributions to the MDG Agenda from the Perspective of ICPD*. UNFPA, Ipea; 2007. p.277-300.
 21. Vandemoortele J. The MDG conundrum: meeting the targets without missing the point. *Development Policy Review* 2009;27(4):355-71.
 22. de Bernis L, Wolman Y. *Maternal and Newborn Health National Plans (Road Map) Assessment*. UNFPA Technical Division Sexual & Reproductive Health Branch; 2009.
 23. United Nations Development Group. *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals*. New York: United Nations; 2003.
 24. Waage J, Banerji R, Campbell O, et al. The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015. *Lancet* 2010;376(9745):991-1023.
 25. Spangler SA. Assessing skilled birth attendants and emergency obstetric care in rural Tanzania: the inadequacy of using global standards and indicators to measure local realities. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):133-41.
 26. United Republic of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare, Reproductive and Child Health. *The National Road Map Strategic Plan to Accelerate Reduction of Maternal, Newborn and Child Deaths in Tanzania 2008-2015*. 2008.
 27. United Nations General Assembly. *Report of the Secretary-General on the work of the Organization*. Supplement No.1, A/62/1. New York: UN; 2007.
 28. Hulme D. *Reproductive Health and the Millennium Development Goals: Politics, Ethics, Evidence and an 'Unholy Alliance'*. Working Paper No. 105. Manchester: Brooks World Poverty Institute; 2009.
 29. Bradley SEK, Croft TN, Fishel JD, et al. *Revising Unmet Need for Family Planning*. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, MD: ICF International; 2012.
 30. *The Millennium Development Goals Report*. Inter-Agency and Expert Group on MDG Indicators by the Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations; 2012. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/English2012.pdf>.

31. Hsu J, Pitt C, Greco G, et al. Countdown to 2015: changes in official development assistance to maternal, newborn, and child health in 2009–10, and assessment of progress since 2003. *Lancet* 2012;380(9848):1157–68.
32. Schäferhoff M, Schrade C, Yamey G. Financing maternal and child health—what are the limitations in estimating donor flows and resource needs? *PLoS Medicine* 2010;7(7):e1000305.
33. Institute for Health Metrics and Evaluation. *Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches*. Seattle; 2011.
34. Organization for Economic Co-operation and Development. *Query Wizard for International Development Statistics*. 2011. <http://stats.oecd.org/qwids/>.
35. Moon S, Omole O. *Development Assistance for Health: Critiques and Proposals for Change*. Working Paper 1. London Centre on Global Health Security, Chatham House; 2013.
36. Nguyen H, Snider J, Ravishankar N, et al. Assessing public and private sector contributions in reproductive health financing and utilization for six sub-Saharan African countries. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):62–74.
37. Saona HA. The protection of reproductive rights under international law: the Bush administration's policy shift and China's family planning practices. *Pacific Rim Law & Policy Journal* 2004;13(1):229–56.
38. Berer M. The Cairo “compromise” on abortion and its consequences for making abortion safe and legal. In: Reichenbach L, Roseman M, editors. *Reproductive Health and Human Rights: The Way Forward*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2009. p. 152–63.
39. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, et al. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet* 2013;381(9878):1642–52.
40. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, et al. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet* 2006;368(9549):1810–27.
41. Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. *Lancet* 2012;380(9837):165–71.
42. United Nations. *Report of the United Nations Conference on Sustainable Development, A/CONF.216/16*. UN; 2012. <http://www.uncsd2012.org/content/documents/814UNCSD%20REPORT%20final%20revs.pdf>.
43. Gates MF. *London Summit on Family Planning: Thank you and Welcome and Announcement*. Bill & Melinda Gates Foundation; 2012. <http://www.gatesfoundation.org/media-center/speeches/2012/07/melinda-french-gates-london-summit-on-familyplanning-key-note-remarks>.
44. Barot S. Unsafe abortion: the missing link in global efforts to improve maternal health. *Guttmacher Policy Review* 2011;14(2):24–28.
45. Culwell KR, Hurwitz M. Addressing barriers to safe abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2013;121(S1):S16–19.
46. Berer M. Criminalisation, sexual and reproductive rights, public health-and justice. *Reproductive Health Matters* 2009;34(17):4–9.
47. *Repoliticizing Sexual and Reproductive Health and Rights*. Introduction, Statement of Purpose. Report of a global meeting in Langkawi, Malaysia. London: Reproductive Health Matters and Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women; 2011. <http://www.rhmjournal.org.uk/publications/langkawi-report.pdf>.
48. Commission on the Status of Women. *Report on the fifty-seventh session, Economic and Social Council, E/2013/27*. New York: United Nations; 2013.
49. *The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. New York: United Nations; 2013. <http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/05/UN-Report.pdf>.
50. *Report of the UN Secretary-General. A life of dignity for all: accelerating progress towards the Millennium Development Goals and advancing the United Nations development agenda beyond 2015, A/68/202*. New York: UN; 2013.
51. *The Report of the Global Thematic Consultation on Health. Health in the Post-2015 Development Agenda. The World We Want 2015*; 2013.
52. Kongsri S, Limwattananon S, Sirilak S, et al. Equity of access to and utilization of reproductive health services in Thailand: national Reproductive Health Survey data, 2006 and 2009. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):86–97.
53. Gwatkin DR. How much would poor people gain from faster progress towards the Millennium Development Goals for health? *Lancet* 2005;365(9461):813–17.

54. Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, et al. Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet* 2010;375(9730):2032–44.
55. Unterhalter E. Education targets, indicators and a post-2015 development agenda: Education for All, the MDGs, and human development. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
56. Chatterjee P. India addresses maternal deaths in rural areas. *Lancet* 2007;370(9592):1023–24.
57. Barros AJD, Ronsmans C, Axelson H, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet* 2012;379(9822):1225–33.
58. Ekechi C, Wolman Y, de Bernis L. Maternal & Newborn Health Road Maps: a review of progress in 33 sub-Saharan African countries, 2008–2009. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):164–68.
59. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning* 2008;23:95–100.
60. Berer M. HIV/AIDS, sexual and reproductive health: intersections and implications for national programmes. *Health Policy and Planning* 2004;19(Suppl.1):i62–i72.
61. Germain A, Dixon-Mueller R, Sen G. Back to basics: HIV/AIDS belongs with sexual and reproductive health. *Bulletin of World Health Organization* 2009;87:840–45.
62. Hulme D. Lessons from the making of the MDGs: human development meets results-based management in an unfair world. *Institute of Development Studies Bulletin* 2010;41(1):15–25.
63. Fukuda-Parr S. Are the MDGs Priority in Development Strategies and Aid Programmes? Only Few Are! Working Paper No. 48. Brasilia: International Poverty Centre; 2008.
64. Witter S, Somanathan A. Demand-Side Financing for Sexual and Reproductive Health Services in Low and Middle-Income Countries. Policy Research Working Paper No. 6213. Washington, DC: World Bank; 2012.
65. Fukuda-Parr S, Orr A. The MDG Hunger Target and the Contested Visions of Food Security. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
66. Cohen M. The City is Missing in the Millennium Development Goals. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
67. Sen G, Mukherjee A. No Empowerment without Rights, No Rights without Politics: Gender-Equality, MDGs and the Post-2015 Development Agenda. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
68. UN Secretary-General. Global Strategy for Women's and Children's Health. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; 2010.
69. Austveg B. Perpetuating power. In: Repoliticizing sexual and reproductive health and rights. Report of a global meeting in Langkawi, Malaysia. London: Reproductive Health Matters and Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women; 2011. <http://www.rhmjournal.org.uk/publications/langkawi-report.pdf>.
70. Regional Conference on Population and Development in Latin America. Montevideo Consensus on Population and Development, PLE-1/EN. Montevideo: United Nations, ECLAC; 2013.
71. UN Women. Progress of the World's Women: In Pursuit of Justice. New York: UN Women; 2011.
72. Gentilini U, Sumner A. Setting an Income Poverty Goal After 2015. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
73. High-Level Task Force for ICPD. Policy Recommendations for ICPD Beyond 2014: Sexual and Reproductive Health and Rights for All. High-Level Task Force for ICPD; 2013.
74. UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda. Statistics and Indicators for the Post-2015 Development Agenda. New York: United Nations; 2013.