

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

Berit Austveg

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

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

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

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

decisiones de El Cairo, además de concentrarse principalmente en la igualdad de género.

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

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

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

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

### **¿Por qué no se dieron los cambios? Una hipótesis**

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

Basándome en mi participación en varios de los procesos mundiales relacionados con la salud sexual y reproductiva, me permito sugerir que, si bien se ha politizado notablemente la oposición a las mejoras en materia de salud

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

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

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

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

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

#### **Indicadores de salud reproductiva acordados a nivel mundial**

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

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

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

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

Tal como se mencionó anteriormente, los tres Objetivos de Desarrollo del Milenio sobre la salud atañen a la salud reproductiva. Cabe

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

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

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

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

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

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

### **Asistencia calificada como indicador sustitutivo: mayor simplificación**

Además de ser válido, confiable y sólido, un indicador no debe requerir gran cantidad de recursos para medir algo. Durante las negociaciones de la CIPD+5, muchos sintieron la necesidad de cambios urgentes, pues ya había quedado en claro que la reducción de la mortalidad materna estaba muy rezagada. Muchos también comenzaron a dudar de la utilidad de la razón de mortalidad

materna para monitorear los cambios de un año a otro y en pequeñas poblaciones, pues era reducido el número de muertes involucradas. Para esta situación se necesitaba un indicador de proceso. La importancia de que en el parto se contara con asistencia calificada para que las mujeres sobrevivieran ya se había documentado,<sup>14</sup> y se consideró un parámetro fácil de medir. Por consiguiente, en la CIPD+5 se acordó adoptar como indicador de referencia la proporción de partos asistidos por una persona calificada para ello (párrafo 64).<sup>11</sup> En este caso también, aunque tal vez no fuera premeditadamente, y viéndolo retrospectivamente, esto puede haber coadyuvado a recortar los enfoques para la salud materna, poniendo específicamente en un primer plano la prestación de cuidados de maternidad por personal calificado, llegando hasta el punto de pagar a las gestantes para que acudan a establecimientos de salud para dar a luz, sin mejorar la calidad de la atención de maternidad que recibirían,<sup>15</sup> y paralelamente descuidando sus otras necesidades de salud reproductiva, que suelen ser considerables.

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

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

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

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

## El poder de producir cambios

### ¿Regreso al discurso del poder?

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

En el trayecto que llevó hasta la Asamblea General de 2005, el Proyecto del Milenio designó un grupo de expertos reconocidos por su pericia técnica en el terreno para estudiar qué se necesitaría para alcanzar los ODM dedicados a la salud de la mujer y el niño. En su informe titulado *¿Quién tiene el poder? Cómo transformar los sistemas de salud materno infantil*,<sup>16</sup>

recomiendan cambiar las prioridades y reorientar los recursos para que los servicios de salud normales puedan atender emergencias relacionadas con el embarazo y para que las comunidades y los sistemas de salud brinden a los niños la atención de salud que necesitan. Exigen metas que se ocupen de la equidad y señalan que el “enfoque del goteo para eliminar las desigualdades no funcionará jamás”. Básicamente, el informe pide *herramientas políticas* para solucionar el problema de la inequidad en el acceso a los servicios. Esto significa que hay que encarar intereses en conflicto y priorizar en la pugna por acceder a los magros recursos existentes. El informe también pide que “se aborde el contexto social, económico y político en que viven las personas y en el cual están arraigadas las instituciones dedicadas a la salud”. Pero este tipo de perspectiva no nos sirve para informar de qué manera aumenta el uso de los “indicadores”. El informe pone énfasis en la necesidad de ver más allá de las cifras alcanzadas para determinar cuál es el impacto de la intervención a largo plazo en la salud y a quiénes se ha beneficiado con esto.

### Énfasis en la gestión y desatención de las dimensiones del poder

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

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

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

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

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

alianzas pueden ser una forma racional de organizar la producción, conforme a un plan de producción acordado, pero cabe preguntarnos si esa organización es realmente apropiada para tratar políticamente temas tan controvertidos como la salud reproductiva de la cual es parte intrínseca la salud materna.

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

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

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

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

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

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

### Confusión de roles

Paralelamente a la subvaloración de los temas políticos y al enfoque excesivamente empresarial para reducir la mortalidad materna me permito sostener que ha habido una creciente confusión de roles. En las últimas décadas se han elaborado gráficos muy complejos que ilustran los distintos niveles y la multitud de actores que se necesitan para reducir el número de madres que mueren. Esos gráficos pueden

ser útiles para dar un panorama de lo que se necesita, brindar información y ayuda para que los actores seleccionen la metodología más estratégica. Pero también pueden crear la sensación paralizante de que hay que ocuparse de todos los aspectos posibles. Como estamos tratando con problemas técnicamente difíciles en los planos médico, social y político, es posible que no haya suficiente capacidad para interpretar los miles de datos graficados. El impulso por hacerlo todo puede llevar a que no seleccionemos una buena estrategia que sea compatible con las circunstancias específicas en cuestión.

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

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

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

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

## El camino a seguir

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

Aquí sugerimos que el tema de la salud reproductiva ha resultado siendo víctima de tendencias generales que van mucho más allá de la salud reproductiva e incluso del sector salud. La primera, es un exceso de dependencia en la medición, lo que ha llevado a un nuevo tipo de verticalidad en el cual se ha perdido la integralidad de la salud reproductiva. Esta naturaleza integradora también es necesaria en las áreas que se han seleccionado como metas, como ocurre con la salud materna. Se han usado indicadores como simples herramientas de planificación y no como indicadores válidos de planes complejos que tienen contextos específicos. Si bien la correcta selección de indicadores es parte de la respuesta, también podría ayudar a cambiar las cosas la inclusión de indicadores más estratégicos. Los indicadores compuestos, que toman en cuenta los problemas

de equidad tienen un enorme potencial para elucidar las dimensiones de la equidad social en la salud materna, por ejemplo, y ayudarían a concentrar esfuerzos donde es necesario. Hay tendencias prometedoras de que se aumente el enfoque en la equidad, en relación con los ODM.<sup>22</sup>

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

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

## Agradecimientos

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

---

## Referencias

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

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