

# Salud sexual y reproductiva: Un derecho de mujeres y hombres

Cada minuto muere una mujer por causas derivadas del embarazo, y entre 125 millones y 200 millones de personas desearían tener la capacidad para controlar su fertilidad, pero no utilizan anticonceptivos. Si tuvieran a su alcance suficientes métodos anticonceptivos, se salvarían 1,5 millones de vidas cada año. Si bien en 1994 los jefes de Estado adoptaron el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, los fondos destinados a la salud y los derechos sexuales y reproductivos siguen ocupando un lugar secundario en el ámbito nacional e internacional. En todo el mundo se adoptaron distintas políticas, pero muchos gobiernos aún no se convencen de las importantes consecuencias económicas que puede generar un buen sistema de atención de la salud sexual y reproductiva.

Joyce Haarbrink  
Marie Stopes International

La concepción de la seguridad social no está limitada a las pensiones sino que también abarca la educación, la salud, el empleo y otras esferas de la vida. Existe una seria preocupación por la situación dramática creada por la epidemia de VIH/sida en África. La salud y los derechos sexuales y reproductivos forman parte de la concepción de seguridad social desde una perspectiva basada en los derechos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

Todos los hombres y las mujeres tienen derecho a una serie de derechos humanos fundamentales entre los que figuran los derechos a la vida y a la salud, el derecho a la igualdad y a la no discriminación, el derecho a no ser objeto de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, el derecho a la dignidad y el derecho a la información. Sin embargo, en muchas partes del mundo la mujer no tiene garantizados esos derechos. Es maltratada, violada, estigmatizada, se la deja librada a su propia suerte y se la ignora políticamente. A menudo no se reconocen sus derechos sexuales y reproductivos, y mucho menos se toman medidas al respecto a escala gubernamental, regional o comunitaria. Sin embargo, si la mujer tiene libertad para decidir el número de hijos así como el tiempo que media entre uno y otro, y si tiene acceso a los medios de subsistencia y a una vida sexual saludable y

satisfactoria, la economía y la estructura social de un país sólo se beneficiarán.

## Del control demográfico al derecho a la salud sexual y reproductiva

En la década de 1980 y principios de 1990, la salud sexual y reproductiva estaba estrechamente relacionada con el impacto del crecimiento demográfico. Esto cambió en 1994, cuando 179 jefes de Estado y de gobierno se reunieron en El Cairo en ocasión de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y adoptaron un Programa de Acción. Los signatarios acordaron que los gobiernos deberían satisfacer las necesidades de planificación familiar de su población lo antes posible, a más tardar para el año 2015, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación familiar. También reconocieron que los varones y las mujeres tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, en tanto no sean contrarios a la ley<sup>1</sup>.

Esta decisión fue un hito para las cuestiones demográficas, ya que la política evolucionó del "control demográfico" al reconocimiento del *derecho* de hombres y mujeres a una vida sexual saludable y satisfactoria<sup>2</sup>.

En 1999, el 21er periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas revisó el Programa de Acción de la CIPD y adoptó las medidas claves para seguir ejecutándolo, destacando los vínculos entre la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) y el crecimiento económico, el medio ambiente, la educación, la equidad y la igualdad. Se invitó a los gobiernos a acelerar con urgencia la ejecución del Programa de Acción de la CIPD y a movilizar los recursos financieros estimados que se habían acordado para su puesta en práctica.

En 2007, 13 años después de que el Programa de Acción de la CIPD otorgara a las mujeres el derecho a estar informadas en materia de SDSR y a tener acceso a métodos integrales de planificación

familiar de su elección, en muchas partes del mundo todavía no pueden ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y sufren las consecuencias:

- Cada minuto muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo; esto significa que todos los años hay 529.000 muertes, 68.000 de las cuales son el resultado de abortos inseguros.
- 300 millones de mujeres del mundo en desarrollo sufren actualmente enfermedades de corto o largo plazo a consecuencia de embarazos y partos<sup>3</sup>.
- Entre 125 y 200 millones de personas querrieran poder controlar su fertilidad, pero no utilizan anticonceptivos<sup>4</sup> ("necesidades no satisfechas"). Si se pudiera acceder de manera suficiente a los anticonceptivos se salvarían anualmente 1,5 millones de vidas<sup>5</sup>.
- Más de la mitad de las mujeres del mundo en desarrollo entre 15 y 49 años – aproximadamente 705 millones de mujeres en total – corren el riesgo de quedar embarazadas sin haberlo querido.
- Un tercio de las mujeres dan a luz a la edad de 20 años o menos; sus bebés tienen 1,5 veces más posibilidades de morir dentro del primer año de edad que los bebés nacidos de madres de más edad.
- Se estima que cada año dan a luz 2,2 millones de mujeres embarazadas infectadas con VIH/sida. Aproximadamente 700.000 recién nacidos contraen VIH/sida de sus madres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o el amamantamiento<sup>6</sup>.

1 Programa de Acción de la CIPD, Capítulo VII.

2 *Ibid*, Capítulo XIII.

3 OMS (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán!*

4 Informe de las audiencias del All Party Parliamentary Group (Grupo parlamentario con representación de todos los partidos) sobre Población, Desarrollo y Salud Reproductiva: "Return of the Population Growth Factor: Its Impact upon the Millennium Development Goals". Londres, enero de 2007.

5 UNFPA y Alan Guttmacher Institute (2003). "Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care".

6 OMS (2004). *Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia.*

Una de las razones de esta situación es que prácticamente no hay fondos para apoyar a la SDRS. En 1999, el Programa de Acción de la CIPD calculó que su implementación costaría USD 17.000 millones en 2000, USD 18.500 millones en 2005 y USD 21.700 millones en 2015. Se invitó a los donantes a contribuir con un tercio de esta cifra, mientras que los países en desarrollo aportarían los dos tercios restantes con cargo a fuentes nacionales<sup>7</sup>. Sin embargo, hasta ahora no se han alcanzado las metas de financiamiento indicadas por el Programa de Acción y de hecho la financiación para la SDRS ha bajado. A fines de la década de 1990 la pandemia del VIH/sida captó la atención mundial y se desviaron flujos de financiamiento de la SDRS para dar respuesta al VIH/sida<sup>8</sup>.

En 2000, 189 jefes de Estado y de gobierno se comprometieron con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Si bien los ODM incluyen la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, la reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna y el combate del VIH/sida, la malaria y otras enfermedades, la SDRS no se menciona en absoluto. Sin embargo, la SDRS tiene impacto prácticamente en todos los ODM<sup>9</sup>.

Por lo tanto, resulta claro que la SDRS tiene un papel importante a cumplir en el logro del objetivo primario de los ODM: erradicar la pobreza. Esto fue reconocido en la Cumbre Mundial de 2005, cuando los participantes se comprometieron a lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. Propusieron un nuevo objetivo en materia de salud reproductiva en el marco del ODM 5. Sin embargo, esta nueva meta todavía no ha finalizado debido a las discusiones existentes en torno a identificar indicadores adecuados. Esto indica que la SDRS sigue siendo un tema polémico.

### La Unión Africana: un esfuerzo continental por la salud y los derechos sexuales y reproductivos

En vista de lo anterior, es reconfortante ver que los países de la Unión Africana han reconocido la necesidad de avanzar y adoptar medidas para garantizar el acceso de sus ciudadanos al cuidado de la salud sexual y reproductiva, lo que significa un reconocimiento tácito de que la Unión Africana comprende que la pobreza no puede ser erradicada si no se aborda la SDRS.

7 Programa de Acción de la CIPD, Capítulo XIII.

8 Informe de las audiencias del All Party Parliamentary Group, *op. cit.*

9 Ver también sitio Web de la ONU sobre ODM "Key Facts and Figures on Sexual and Reproductive Health" (sólo en inglés) y UNFPA, "Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals".

## OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

- ODM 1: **Erradicar la pobreza extrema y el hambre:** los elevados niveles de fertilidad contribuyen directamente a la pobreza reduciendo la capacidad de la mujer de contribuir al ingreso familiar, diluyendo la parte destinada a la educación de los hijos (en particular las niñas) y a su salud, y aumentando la desnutrición en la medida que hay más bocas para alimentar.
- ODM 2: **Lograr la enseñanza primaria universal:** Las familias menos numerosas, y con hijos más espaciados entre sí, pueden invertir más recursos en la educación de cada uno de ellos.
- ODM 3: **Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer:** Las mujeres que pueden planificar el momento de procrear o la cantidad de hijos que desean tener gozan de mayores oportunidades para desarrollarse socialmente, encontrar oportunidades de trabajo, lograr educación y capacitación y contribuir a la economía.
- ODM 4: **Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años:** En los casos en que la anticoncepción moderna está por debajo de 10%, el promedio de la tasa de mortalidad infantil es de 100 muertes cada 1.000 nacimientos vivos. Sin embargo, en los casos en que está por encima de 30%, la tasa es de 52 muertes cada 1.000 nacimientos vivos. Además, en los hijos pocos espaciados aumenta el riesgo de enfermedades.
- ODM 5: **Mejorar la salud materna:** Si se evitan los embarazos no planeados y de alto riesgo y se proporciona atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, es posible salvar la vida de muchas mujeres. Prevenir los embarazos no deseados también previene la necesidad de abortos (a menudo inseguros).
- ODM 6: **Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades:** Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva ayudaría a combatir el VIH y el sida. La prevención de la transmisión de madre a hijo puede salvar las vidas de miles de niños y niñas.
- ODM 7: **Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente:** reducir el crecimiento demográfico asegurará menor presión sobre los recursos naturales, incluida el agua potable.
- ODM 8: **Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.**

En septiembre de 2006 los ministros reunidos en Maputo para una sesión especial de la Unión Africana adoptaron el Plan de Acción de Maputo para la Ejecución del Marco Político Continental para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos 2007-2010. En el Programa de Acción los ministros acordaron hacer avanzar al continente hacia el objetivo del acceso universal a servicios amplios en materia de salud sexual y reproductiva en África para 2015. Como estrategias claves se identificaron:

- Reubicar la planificación familiar como parte esencial del logro de los ODM en salud.
- Abordar las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes como un componente clave de la salud sexual y reproductiva.
- Abordar el aborto inseguro.

- Prestar servicios de calidad y asequibles para promover la maternidad segura, la supervivencia infantil y la salud materno-infantil y del recién nacido.
- Promover la cooperación africana y entre países del Sur para el logro de la CIPD y de los ODM en África<sup>10</sup>.

Para el financiamiento de este ambicioso Programa de Acción, los ministros de salud establecieron que las iniciativas en juego serán financiadas principalmente con recursos nacionales<sup>11</sup>. Esos recursos serán necesarios para fortalecer los sistemas

10 Conferencia de Ministros de Salud de la Unión Africana (2006). "Maputo Plan of Action for the Operationalization of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights 2007-2010". Maputo, 18-22 de septiembre, Art. 17.

11 *Ibid.*, Art. 19.

de salud y mejorar las funciones de salud pública básicas, incluyendo medidas para la comunidad y otras funciones de apoyo necesarias<sup>12</sup>. Los trabajadores de la salud necesitan capacitación y es necesario integrar los vínculos existentes entre la atención de la salud sexual y reproductiva, la respuesta al VIH/sida, la malaria y otras enfermedades, a todos los servicios de salud. La violencia de género, incluido el abuso sexual, la anticoncepción de emergencia, la profilaxis post-exposición al VIH/sida y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual también deben abordarse de manera integrada y coordinada. Los ministros reconocieron la necesidad de prestar atención adicional a la juventud – que es muy vulnerable a la infección por VIH/sida y a embarazos no deseados – instalando servicios amigables para los jóvenes. La cantidad total de fondos necesarios para ejecutar este Programa de Acción sería de USD 3.500 millones para 2007 y USD 16.000 millones para 2010. De manera que aun cuando los ministros de salud de la Unión Africana reconocen la importancia de la SDRS para la población, todavía es necesario convencer a los ministros de hacienda que la inversión en SDRS tendrá un impacto positivo en la economía del país.

### Donantes y gobiernos: recursos y voluntad política

Los donantes tampoco han tomado conciencia de la importancia de la SDRS. Estados Unidos todavía conserva la Política de la Ciudad de México, también conocida como la Ley Mordaza (Global Gag Rule)<sup>13</sup>. La Unión Europea (UE), el mayor donante de ayuda para el desarrollo, tenía una línea presupuestal aparte para la Ayuda a las Políticas y Acciones sobre la Salud y los Derechos Reproductivos y Sexuales en los Países en Desarrollo, con una dotación financiera de EUR 73,95 millones para el periodo 2003-2006<sup>14</sup>;

12 *Ibid*, Art. 25.

13 En 2001, el presidente George W. Bush reimpuso las restricciones conocidas como la Ley Mordaza (Global Gag Rule), o la "Política de la Ciudad de México". Esta medida establece que no puede brindarse asistencia estadounidense en materia de planificación familiar a ONG extranjeras que utilicen fondos de cualquier otra fuente para: realizar abortos en casos en que no ponga en peligro la vida de la mujer, o en que no haya habido violación o incesto; proporcionar asesoramiento en materia de abortos y hacer un referido para practicarse un aborto; o realizar cabildeo a favor de la legalización del aborto y para que éste sea más accesible en su país. Esta política obliga a las ONG extranjeras a hacer una cruel opción: aceptar la ayuda estadounidense para brindar servicios de salud esenciales – pero sin restricciones que puedan poner en riesgo la salud de numerosos pacientes – o rechazar la política y perder fondos vitales, anticonceptivos y ayuda técnica de los Estados Unidos. Más información disponible en: <www.globalgagrule.org>.

14 Comisión Europea (2003). Reglamento (CE) No. 1567/2003, 15 de julio.

## El desafío de una salud de calidad

Tener y acceder a servicios esenciales de calidad es un desafío para muchos de los países del Sur. En este Informe encontramos varios ejemplos similares al de Kenya: el personal de salud de este país se topa con una serie de dificultades graves para ofrecer una atención de calidad. Algunos de esos obstáculos son la falta de personal suficiente, la falta de apoyo institucional y la existencia de suministros y equipos inadecuados, todo lo cual invariablemente conlleva a la prestación de servicios de mala calidad para las mujeres y sus bebés. Los hospitales a menudo carecen de los suministros más básicos, tales como anestesia, guantes, jeringas, bisturí, jabón y desinfectante, espéculos y sábanas de cama.

ahora, en 2007, ha incorporado esta línea presupuestal al sector salud de un nuevo instrumento financiero creado para el periodo 2007-2013, llamado "Invirtiendo en la Gente", destinado a financiar programas temáticos en el mundo en desarrollo. Sin embargo, la financiación de la SDRS tendrá que competir con muchos otros sectores que serán financiados a través de este programa temático.

La UE también financia a los países en desarrollo a través de programas de alcance geográfico que se basan en los llamados Documentos de Estrategia Nacional, formulados conjuntamente con los países receptores. Sin embargo, aquí también la SDRS no está identificada como un área focal separada, lo que significa que el financiamiento será muy incierto. Es irónico que esto ocurra en 2007, a mitad de camino de los ODM, en especial porque a escala mundial la introducción propuesta de una nueva meta en el ODM 5 reconoce el papel central de la SDRS para lograr el ODM 1 sobre erradicación de la pobreza.

## Conclusión

Si bien el Programa de Acción de la CIPD fue un primer e importante paso para crear conciencia acerca de la importancia de la SDRS y reconocerla como un derecho humano básico, los ODM todavía necesitan incorporar plenamente el acceso universal a la salud sexual y reproductiva como una meta del ODM 5. El financiamiento de la SDRS todavía está muy atrasado tanto a escala nacional como internacional, si bien se han adoptado algunas políticas. Todavía hay muchos gobiernos que necesitan convencerse del importante impacto económico que puede tener un buen sistema de salud sexual y reproductiva, como lo han demostrado, por ejemplo, los ejemplos de México, Tailandia y Egipto, donde la inversión en la planificación familiar ha significado grandes ahorros en el gasto público<sup>15</sup>.

Debe dejarse en claro no solamente que el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva son una de las formas más convenientes en la relación costo-eficacia de reducir la mortalidad materno-infantil (beneficios médicos), sino que también tiene un impacto enorme en la vida personal de la mujer y su empoderamiento social y económico. En última instancia, también beneficia a la economía de un país, pero, lo que es más importante, tener una vida sexual y reproductiva saludable y satisfactoria es un derecho fundamental del ser humano. ■

15 México: por 1 peso mexicano se ahorraron 9; Tailandia: por un dólar se ahorraron 16; Egipto: por un dólar se ahorraron 31. De: UNFPA y Alan Guttmacher Institute, *op. cit.*