

REFORMA DEL SECTOR SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

REFORMAS: CONTEXTO SOCIAL Y CONTENIDOS

En el transcurso de las últimas décadas se han implementado en América Latina y el Caribe, políticas macroeconómicas de ajuste, de carácter predominantemente neoliberal, que generan impactos negativos en diversas áreas sociales, la salud entre ellas. En efecto, como resultado de las políticas aplicadas al sector salud, proyección de las originadas en el campo económico, se produce un fuerte deterioro de los servicios de salud y se asiste a procesos de privatización de la responsabilidad sanitaria, con el consecuente debilitamiento o desaparición de los sistemas basados en la solidaridad social. Asimismo, la participación del Estado, como prestador de bienes sociales y como regulador y garante de la calidad y accesibilidad de la población a éstos, disminuye abruptamente y se debilitan, en general, el conjunto de sus funciones rectoras.

Los procesos de reforma, han propiciado el debate sobre su impacto en los sectores más vulnerables de la población – definidos en términos de pobreza y medida ésta a través de variables tales como ingresos o necesidades básicas insatisfechas – pero han prestado poca atención a otras dimensiones de la vida social que inciden igualmente en la vulnerabilidad social, tales como el género, la etnia, edad, opción sexual, discapacidad, entre otros. La revisión de documentos y políticas de reforma de salud, permite hacer una valoración exhaustiva de estas omisiones y del uso, en su mayoría desacertado, que se ha dado a conceptos tales como género, salud sexual y reproductiva, derechos. Esta revisión constituye un punto de partida para una posterior redefinición y mejor inclusión de los mismos en dichas políticas.

- El concepto de *género se homologa a sexo* en reportes estadísticos y epidemiológicos. La consecuencia de ello es que se borra el carácter relacional a que refiere la categoría género y, con ello, se despoja a éste de su capacidad de análisis de las relaciones de poder entre varones y mujeres.
- La *salud sexual y reproductiva se entiende como ausencia de enfermedad* y, por tanto, los aspectos priorizados en las políticas públicas no están orientados a la promoción de la salud y el logro del bienestar y los derechos humanos.
- La *salud reproductiva enfatiza el acceso de las mujeres* a determinadas prestaciones, sin consideración alguna de la responsabilidad compartida que varones y mujeres tienen con relación a la regulación de la fecundidad o el ejercicio de la maternidad/paternidad.
- La *salud reproductiva es implementada en forma de programas materno-infantiles y de planificación familiar*, desconociendo otras dimensiones importantes de la salud de las mujeres y de la propia salud reproductiva. En muchos casos, por ejemplo, los programas de prevención y atención a las ITS/VIH no son parte de los planes de salud reproductiva.
- La salud sexual se implementa a través de programas instrumentales y heterosexistas,

orientados hacia la pareja varón-mujer y a la prevención de riesgos tales como el embarazo no deseado.

- Algunas políticas públicas incorporan términos como derechos sexuales y reproductivos sin definir sus implicancias y asumiendo, por tanto, un carácter meramente declarativo. Conceptos tales como decisión informada, interculturalidad, género, están poco desarrollados.
- Los *procesos de reforma prestan poca atención a la participación de adolescentes y jóvenes*. Estos son incluidos en programas infantiles o de personas adultas. Cuando hay planes focalizados hacia ellas/os, son considerados como portadores de múltiples problemas de salud sexual y reproductiva y no como un colectivo para el que la sexualidad es una dimensión central en términos de su desarrollo. Se trata de programas que encuentran su justificación en el aumento de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual y, por tanto, la sexualidad adolescente misma es concebida como un problema y no como un derecho. Asimismo, estos programas tienen como objetivo la adopción de comportamientos "más sanos" desde un paradigma biomédico y son categorizados en términos de riesgo/no riesgo.
- La mayoría de las reformas presentan un *enfoque reduccionista y biológico* en lo que a salud de las mujeres se refiere. En tanto ésta es entendida, fundamentalmente, como salud reproductiva, se medicalizan procesos fisiológicos tales como la menarquia, el embarazo o la menopausia. No se abordan, por ejemplo, problemas tales como la violencia de género, más específicamente la violencia sexual, y su impacto en la salud sexual y reproductiva. Dicha violencia se incluye, habitualmente, en programas de salud mental.

Analizar entonces los procesos de reforma de la salud desde el marco de los derechos humanos, supone, como primer paso, conocer algunos principios orientadores y ejes conceptuales con los que proveer herramientas y mecanismos para que los Estados y la sociedad civil propicien el logro de la equidad.

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia... [La atención de la salud reproductiva] incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Capítulo VII, Párrafo 7.2, Programa de Acción CIPD, 1994

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: DE LOS UMBRALES MÍNIMOS A LOS NIVELES ÓPTIMOS

En el campo de la *salud sexual y reproductiva*, el documento de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) es indiscutiblemente una de las declaraciones más progresistas en la materia. No obstante, ella tuvo poco impacto en los procesos de reforma sanitaria.

Algunas razones de ello residen en el hecho de que mientras los reformadores acuden a un lenguaje gerencial y tecnócrata, las personas involucradas en la agenda de la Conferencia lo hacen en términos de promoción y defensa, alejándose así el diálogo entre unos y otros. Por otro lado, los procesos de reforma intervienen fundamentalmente en los mecanismos de financiamiento o gestión de recursos humanos, al tiempo que el resto de las personas implicadas en la misma agenda lo hacen en términos de provisión y calidad de los servicios de salud. Asimismo, vale destacar que en las medidas de acción asumidas en la Conferencias y en los cinco años siguientes a ella, no se tomó en cuenta el hecho de que la mayoría de los países ya se encontraban implicados en procesos de reforma; razón por la cual ésta no fue materia de análisis específico.

...[L]os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos...

Capítulo VII, párrafo 7.3, Programa de Acción CIPD, 1994

En el campo ahora de los *derechos reproductivos*, una vez más, fue la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo la que situó la temática en el contexto de las políticas macroeconómicas, el desarrollo sostenible y los derechos humanos. En efecto, fue en su transcurso que se consiguió un consenso mundial acerca de que los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos.

Los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener control sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, libres de coerción, discriminación y violencia

Párrafo 26, Plataforma de Acción, CMM, Beijing, 1995

Con respecto a los *derechos sexuales*, fue la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) quien consiguió profundizar el debate y avanzar sobre la definición de los mismos. No obstante, en razón de las presiones ejercidas por parte de algunos gobiernos y representantes de la iglesia, el término derechos sexuales no quedó registrado en la letra de la Plataforma de Acción sino en el marco de los derechos humanos, como tampoco quedaron anotados contenidos significativos referidos a la experiencia homosexual

Vale consignar que los derechos humanos referidos a sexualidad y reproducción no se agotan en derechos negativos, los Estados tienen obligaciones positivas para garantizarlos y fortalecerlos. Incluso, el derecho internacional de los derechos humanos contempla obligaciones, en muchos casos, de ejecución inmediata: medidas legislativas dirigidas a medir el cumplimiento de objetivos y resultados, mecanismos institucionales diversos, conjunto de prestaciones que deben asegurarse a riesgo de exponer a las personas a daños, riesgos y desventajas inaceptables. Además, aquellas obligaciones propuestas como de ejecución progresiva, dependientes de la disponibilidad de recursos por parte de un Estado, son cada vez con más frecuencia objeto de atención en tanto ellas pueden llevar consigo desempeños de "baja intensidad" que obstaculizan el desarrollo de capacidades esenciales para el disfrute de derechos y ejercicio de libertades. En otras palabras, se apunta cada vez más hacia una concepción de niveles óptimos de salud y no de umbrales mínimos alcanzables.

Resumen del documento Ana Guezmes (2004): "Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos: Un enfoque integrado de derechos humanos, salud pública y género"