
Gloria Rubin

Planificación

y compromiso

Planificación y compromiso

Gloria Rubin*

En los últimos años, los datos relacionados con la situación de la salud sexual y reproductiva en Paraguay revelan que, mientras había adelantos en la realización de programas, toda-



vía quedaba mucho por hacer. Según el “Informe Final de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998” (ENSMI-98), existen grandes diferencias entre las áreas rurales y urbanas. Para el período 1995-98, la Tasa Global de Fecundidad se reportó en 4,3. Sin embargo, las mujeres rurales tienen en promedio dos hijos más por mujer, con relación a las urbanas (5,6 hijos, en el área rural y 3,2 hijos, en la urbana).

En este último artículo correspondiente al 2003, hablaré de la salud reproductiva, que es un derecho humano, aunque por mucho tiempo no se lo haya reconocido como tal.

A lo largo de estas páginas, iremos recordando el derecho a la salud que todos los habitantes del Paraguay tenemos; derecho a que el Estado nos brinde servicios adecuados y accesibles, ya que éste es un mandato constitucional, consagrado en el **Art. 61 “De la Planificación Familiar y de la Salud Materno infantil”**.

La Constitución de la República del Paraguay, sancionada por la Convención Nacional Constituyente, el 20 de junio de 1992, dice:

El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos.

Sin embargo, en los resultados presentados el pasado 13 de mayo de este año, cuando se dio a conocer la evaluación del Plan Nacional de Salud Reproductiva anterior, se discutieron los lineamientos para el nuevo Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008. En esa ocasión, entre otras cosas, se manifestó lo siguiente:

“Un reciente estudio sobre la ‘Calidad de los servicios del Programa de Salud Sexual y Repro-

* Investigadora independiente. Directora de la Fundación Kuña Aty.

ductiva del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social' ha identificado, en base a la aplicación de técnicas de investigación cualitativa en servicios de diferente complejidad de dos regiones sanitarias, los siguientes problemas, como los de mayor importancia:

a) A nivel del programa: se pueden apreciar deficiencias en su institucionalización, escasa definición de objetivos y metas, desactualización de las normas y procedimientos; y defectos en la conducción, como en sus componentes de supervisión, capacitación y logística.

b) A nivel de la prestación de servicios: se destaca la reducida motivación del personal, la falta de oferta de métodos de planificación definitivos, la inexistencia de servicios específicos para hombres y adolescentes, la ausencia de proyección a la comunidad y deficiencias en la recolección, procesamiento y análisis de la información generada”.

Durante una serie de reuniones, entre el personal de diferentes organizaciones que trabajan en el área y del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, se analizó el conjunto de problemas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva, y se confeccionó un listado que hace a la percepción de los inconvenientes:

- Tasa de fecundidad elevada: 4,5 hijos por mujer en promedio para el país, con características específicas regionales, espacios intergenésicos cortos y alta paridad para el área rural, en donde la fecundidad es de 5,8 hijos por mujer.
 - Incidencia elevada de embarazos en edades extremas de la vida reproductiva, especialmente gestaciones en la adolescencia que muestran una tendencia al aumento.
 - Alta incidencia de abortos practicados en malas condiciones, con impacto de importancia en la morbilidad y mortalidad.
 - Deficiente calidad de atención en los diferentes componentes del Programa de Salud
- Reproductiva: control prenatal, parto institucional y posparto.
 - Coberturas insuficientes de atención en planificación familiar, tanto en el sector público, como en la seguridad social y el sector privado.
 - Coberturas insatisfactorias de prevención del cáncer ginecológico, lo cual determina altos índices de casos de cáncer en etapas avanzadas.
 - Incremento de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA.
 - Aumento de grupos de población marginal, con niños de la calle, prostitución juvenil, incremento del consumo de drogas, alcoholismo, tabaquismo y promiscuidad sexual.
 - Insuficientes estructuras para la implementación eficaz de acciones de información, educación y comunicación de derechos y salud reproductiva.
 - Debilidad de los programas de educación sexual en las escuelas y colegios del país y, en algunos casos, ausencia de contenidos sobre esta materia.
 - Desconocimiento de los padres, de aspectos de educación sexual, lo que ocasiona la ausencia de diálogo en el núcleo familiar.
 - Poca participación social y de los medios de comunicación en aspectos de derechos y salud reproductiva.
 - Falta de incentivos en las carreras de Ciencias de la Salud y Ciencias de la Comunicación, para incluir en los programas académicos contenidos de salud reproductiva y salud sexual.
 - Débil concertación interinstitucional e intersectorial, para el desarrollo de acciones a favor de la salud reproductiva.
 - Poco conocimiento por parte de las organizaciones de mujeres, y de la propia mujer,

sobre sus derechos reproductivos y sexuales.

- Escasa participación social en la planificación, ejecución y seguimiento de las acciones de salud reproductiva.

Estas conclusiones, tomadas casi textualmente del informe nacional, nos dan cuenta de lo mucho por hacer y de lo alarmante de la situación actual. Nos dejan ver, además, que si estas cosas no se toman en cuenta, la muerte de mujeres cada vez más jóvenes, irá en aumento. Y que los embarazos precoces, pronto se convertirán en algo incontrolable, lo cual llevará a que los niños nazcan con “su puñal bajo el brazo”, y no con el pan, como se dice románticamente. El Estado es el que tiene la responsabilidad mayor de hacer cumplir el Plan de Salud Reproductiva. Pero todos nosotros, desde la sociedad civil, debemos demandar su cumplimiento.

Con el objeto de hacer operativo el Plan, quisiera recordarles las definiciones acerca de los derechos y la salud reproductiva, expresados durante la Conferencia de El Cairo (1994), las cuales transcribo parcialmente:

“...los 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. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos, a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción, sin sufrir discriminaciones, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o do-

lencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, 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, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia y su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con 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.”

Es importante resaltar que cuando hablamos de salud sexual y reproductiva, abarcamos la atención pre y posnatal, el parto seguro, la prevención de las anemias nutricionales, la lactancia materna, la detección precoz del cáncer femenino y masculino, su tratamiento oportuno, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, la aplicación del toxoide tetánico, la planificación familiar, los problemas relacionados con la infertilidad y la prevención y atención de las complicaciones del aborto.

Del mismo modo, tomamos en cuenta la violencia relacionada con el sexo y su tratamiento físico y mental, y la educación sexual orientada a un comportamiento sexual sano, responsable y placentero, de mujeres y hombres.

Resulta importante señalar que, a partir de la Conferencia de El Cairo, se logra modificar el tratamiento de los problemas de población, como fenómenos pertenecientes exclusivamente a la demografía. Así, la migración, la fecundidad y la mortalidad, comienzan a tratarse desde la óptica del desarrollo, de los derechos de las personas, la prestación de servicios con equidad y perspectiva de género.

De igual manera, la Conferencia de Beijing, al tratar el tema de la salud sexual y reproductiva, brinda la oportunidad de elaborar las diferentes propuestas, desde el ámbito de los derechos humanos.

A continuación, quiero compartir con ustedes un diagnóstico presentado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la participación de organizaciones no gubernamentales. La Fundación Kuña Aty, a la cual pertenezco, trabajó activamente en este análisis, financiado por USAID y el FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas), entre otras instituciones. Los resultados de la investigación se presentaron el 3 de mayo, pero como todos saben, desde el 13 de ese mes, sucedieron tantos acontecimientos políticos y sociales en Paraguay, como las campañas de los distintos partidos para la elección de diputados, senadores, gobernadores. Tras los procesos electorales, vienen los acomodos y, finalmente, se borra todo lo hecho y hay que presentar otra propuesta.

Nos juntamos las mismas personas, en el mismo lugar –el Carmelitas Center– para elaborar un borrador del nuevo Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2002. Un borrador interesante, que contiene todo lo que se dijo en distintos talleres, realizados en toda la República. Una especie de consulta popular, de la cual participaron actores sociales y de decisión, de todos los departamentos del país. Ellos expresaron sus necesidades y, como ustedes verán leyendo estos resultados, muchas veces los gobernantes, los dirigentes, subestiman el conocimiento, la experiencia y la educación de la gente común –aquella que no tiene una carrera universitaria terminada– y, sin embargo, a la hora de participar como expresión del conocimiento de la rea-

lidad, tal como pudimos experimentar en estos talleres, los resultados son muy valiosos.

En los últimos años, los datos relacionados con la situación de la salud sexual y reproductiva en Paraguay revelan que, mientras había adelantos en la realización de programas, todavía quedaba mucho por hacer. Según el “Informe Final de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998” (ENSMI-98), existen grandes diferencias entre las áreas rurales y urbanas. Para el período 1995-98, la Tasa Global de Fecundidad se reportó en 4,3. Sin embargo, las mujeres que residen en zonas rurales, tienen en promedio dos hijos más por mujer, con relación a las de áreas urbanas (5,6 hijos, en el área rural y 3,2 hijos, en la urbana).

Además de las diferencias geográficas, se observaron algunas relacionadas con la edad. Más del 40% de las mujeres paraguayas en etapa reproductiva son jóvenes adultas, de entre 15 y 24 años. Según datos del MSPyBS, en el año 2001, de todas las mujeres embarazadas, el 18,6% eran adolescentes de solamente 10 a 19 años de edad. En Asunción, esta cifra fue de 16,4%, mientras se llegaron a porcentajes más altos en los departamentos de Misiones y Presidente Hayes (23,5%), Boquerón (23,9%) y Canindeyú (24,3%). (Fuente: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, Estimación y proyección de la población por distrito, según sexo y grupos de edades, período 1990-2000).

Otros datos reflejan la necesidad y la urgencia de mejorar la calidad de atención en salud reproductiva. Mientras en el área de Asunción, el 56% de las mujeres embarazadas recibe un control prenatal durante el primer trimestre, en las zonas rurales, sólo el 22,6%. En lo relacionado a la salud sexual, la ENSMI-98 reportó que el 17,6% de mujeres, de 15 a 44 años de edad, alguna vez recibió maltratos físicos.

En los Talleres Regionales de Consulta para la elaboración del PNSSR 2003-2008, se identificaron varias barreras críticas en el país, que representan obstáculos al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva. Las más destacadas fueron:

- La falta de recursos financieros y humanos;
- La falta de compromiso y de voluntad social y política, a todos los niveles;
- La falta de coordinación de programas;
- La falta de un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, en el marco legal;
- La falta de información sobre los servicios;
- La falta de comunicación intra e intersectorial, a todos niveles;
- Barreras socioculturales (como los tabúes, el machismo y la falta de educación);
- La resistencia religiosa;
- La resistencia del personal de servicio, tanto en el sector de salud como de educación;
- Las barreras de distancia y lugares inhóspitos;
- La discriminación (por género, generacional, etnicidad, orientación sexual o situación socioeconómica), y
- La falta de conocimiento y difusión continua de información sobre el Plan Nacional de Salud Reproductiva 1997-2001.

Por eso, los involucrados han diseñado un nuevo plan que pretende hacer cumplir todas estas necesidades y carencias.

En ese sentido, hemos asistido a distintos encuentros y talleres que desde finales de setiembre, y durante todo el mes de octubre, se vinieron realizando en nuestro país, con la presencia, en un equipo de trabajo, de la vicepresidenta de Costa Rica, **Astrid Fischel**, acompañada de **Bernardo Kliksberg**, para presentar su libro "**Hacia una economía con rostro humano**", en el marco del seminario internacional "**Movilizando el Capital Social del Paraguay y América Latina**", al que asistieron más de mil personas. En los distintos paneles y conferencias, desarrollados en la sede del Banco Central del Paraguay, se analizó –una vez más– la problemática de la pobreza en la educación y, sobre todo, la falta de compromiso. Por eso este artículo se titula **Planificación y compromiso**. Por mi parte, me centraré exclusivamente en el tema de la salud reproductiva, y enfatizaré que la **Pla-**

nificación ya está, la tenemos; es el resultado de consultas populares hechas en toda la República del Paraguay, por el Ministerio de Salud Pública. Fruto de éstas, son las herramientas de este Plan, primera intención para el período 2003-2008. En el borrador están los reclamos de la ciudadanía. Solamente falta la orden evangélica del "¡levántate y anda!", para ponerlo en marcha. De aquí en más, el compromiso debe ser: cumplirlo.

¿Qué significa compromiso? El compromiso es implementar el Plan, y no es una tarea fácil. Hay obstáculos en todos los niveles, como ya detectamos. Esto le sucede a un ama de casa cuando planea, por ejemplo, cuánto va a gastar este mes; si alcanzará el sueldo de su marido y el de ella para alimentar a sus hijos/as. Eso pasa en una familia, en una escuela, en una empresa, pero **sobre todo debe pasar en el país**. Primero se diseña el plan y luego se pone en marcha su concreción. De qué nos serviría tanta planificación si no ejecutáramos lo previsto. Planes de salud, de agricultura, de obras públicas; plan de la juventud, de la mujer. Si no tenemos el compromiso de cumplirlos, resultan letra muerta, desparramada en los papeles de la santa madre burocracia.

A partir de estos planes, solamente le queda al Gobierno Nacional su desarrollo, la ejecución de este compromiso, de este Plan de Salud Reproductiva tan auspicioso que hemos estado comentando en las páginas anteriores, en forma sintética. Porque, en realidad, tiene como 50 páginas, y de las que traté de extraer lo fundamental.

Entre otras cosas, algo que nos recordó la vicepresidenta de Costa Rica, fue el concepto central del triángulo de la solidaridad. Este triángulo, que consideramos tan fácil de concretar para lograr el desarrollo, consiste en trabajar juntos: 1) gobierno central; 2) gobiernos locales, y 3) el pueblo. Pero esto, que parece así un enunciado más, en Costa Rica se ha puesto en marcha. Se hizo realidad porque se formaron más de dos mil pequeñas comisiones de la sociedad civil. Esto demuestra que los gobiernos locales (como municipios y departamentos) son los que lideran los proyectos menores: por ejemplo, un pe-

queño puente, un aula de escuela, el baño de una escuela, un puesto de salud, un pozo artesiano.

Los grandes proyectos quedan a cargo del gobierno central, como las carreteras, los hospitales, las relaciones internacionales, los convenios. Finalmente, todos juntos debemos trabajar los liderazgos del gobierno central o de los locales, más que nada para tratar de volverlos transparentes. A esta altura de las cosas, se habrán dado cuenta de **que la descentralización es la columna vertebral del desarrollo**, del éxito de todos estos planes. Lamento que al comienzo de su mandato, el Presidente de la República, Nicanor Duarte Frutos, vetara la descentralización del sistema de agua corriente. Para nuestro país, eso fue terrible, un impacto negativo para el proyecto de desarrollo. Imaginemos, por un instante, que si cada municipalidad y goberna-

ción hubiera tenido la posibilidad de manejar el sistema de agua potable, rápidamente el país entero habría dejado atrás las aguas contaminadas, que se convierten en fuente de todo tipo de enfermedades.

Aliento esperanzas de un cambio en las cosas, ya que faltan aún más de 4 años para el fin del mandato de este gobierno. Confío en que el Plan de Salud Reproductiva se cumpla sistemáticamente, que los legisladores aprueben la anhelada Ley de Salud Reproductiva, y que a través de la experiencia del **triángulo de la solidaridad**, “que es una estrategia que persigue el desarrollo humano sostenible con la participación de todos en programas y proyectos, brindando beneficios para sus familias y sus comunidades, hacia una mejor calidad de vida”, todos los paraguayos/as nos involucremos en el **Compromiso** de hacer realidad la **Planificación**.