

# Generación de una política prioritaria de iniciativas globales de salud: Un marco de referencia y estudio de caso de mortalidad materna

Jeremy Shiffman, Stephanie Smith

**Por qué les dan prioridad a algunas iniciativas globales de salud, los líderes políticos internacionales y nacionales mientras otras reciben poca atención? Para analizar esta pregunta nosotros proponemos un marco de referencia consistente en 4 categorías: la fortaleza de los actores involucrados en la iniciativa, el poder de las ideas para sustentar la iniciativa, la naturaleza de los contextos políticos en los cuales operan y las características de la iniciativa en sí misma. Nosotros aplicamos este marco de referencia al caso de una iniciativa global para reducir la mortalidad materna, que fue lanzada en 1987. Llevamos a cabo investigación documental y entrevistamos personas conectadas con la iniciativa, usando un “método trazador de procesos” que se utiliza comúnmente en investigaciones cualitativas. Informamos que a pesar de dos décadas de esfuerzos la iniciativa permanece en una etapa preliminar de desarrollo, obstaculizada por dificultades en todas estas categorías. Sin embargo, después de veinte años de iniciativa, el 2007, presenta oportunidades para construir el momento político. Para generar prioridades políticas las personas que aboguen por la iniciativa necesitarán tomar en cuenta varios desafíos, incluyendo la creación de instituciones efectivas para guiarla y el desarrollo de un posicionamiento público de la misma para convencer a los líderes políticos a que actúen. Usamos el marco de referencia y el estudio de caso para sugerir áreas de investigaciones futuras sobre los determinantes de prioridades políticas para iniciativas globales de salud, que es un tema que ha atraído mucha especulación pero poca sistematización.**

## Introducción

Las iniciativas globales de salud varían en la cantidad de prioridades políticas que reciben de líderes internacionales y nacionales. La inmunización de niños/as, planificación familiar y el VIH/SIDA, por ejemplo, en algún momento, han atraído grandes recursos, mientras que la desnutrición y neumonía han recibido poca atención a pesar de que tienen una alta carga en las enfermedades. Conocemos muy poco sobre las fuentes de variación en los niveles de prioridad asignados a las iniciativas globales de salud, debido a que existe una ausencia de investigación sistemática en este tema.

Proponemos un marco de referencia inicial para analizar las determinantes de prioridades políticas para iniciativas globales de salud y esperamos que

los futuros investigadores modifiquen y mejoren este marco de referencia. Este consiste en cuatro categorías: el poder de los actores involucrados, las ideas que sustentan la iniciativa, la naturaleza de los contextos políticos en los cuales se opera y las características de la iniciativa en sí misma. Hemos aplicado este marco de referencia a la Iniciativa Global de Maternidad Segura que fue lanzada en 1987 para reducir los niveles de mortalidad materna. Esta iniciativa celebró su veintavo aniversario en 2007, pero a pesar de los esfuerzos determinados de las personas que han estado abogando, ésta todavía no ha logrado atraer la atención que los fundadores esperaban recibir. Un estudio reciente sobre prioridades políticas para la reducción de la muerte materna tomó como unidad de análisis al país y desarrolló un marco de referencia que buscaba explicar las variaciones en los niveles de prioridad nacional

para maternidad segura en Guatemala, Honduras, India, Indonesia y Nigeria. El estudio hace una pregunta similar sobre la variación de los niveles políticos que definen prioridades, pero la unidad de análisis es la iniciativa global de salud. Profundiza y expande el primer marco de referencia asignándolo a la investigación extensiva de la acción colectiva.

Una iniciativa global es un esfuerzo organizado vinculando a personas y organizaciones más allá de las fronteras nacionales para llamar la atención sobre un tema de preocupación internacional, tal como cambios climáticos o derechos humanos. La prioridad política global es el grado en que los líderes políticos internacionales y nacionales prestan atención activamente a un tema y lo apoyan con la provisión de recursos financieros, técnicos y humanos que se son equiparables con la severidad del tema. Conocemos que la prioridad política global está presente cuando: 1) los líderes políticos internacionales y nacionales expresan públicamente y privadamente una preocupación sostenida por el tema; 2) las organizaciones y sistemas políticos liderizan la aprobación de políticas para abordar el problema; y 3) estas organizaciones y sistemas políticos proporcionan niveles de recursos a la solución del problema equiparable con la severidad del problema. Estos tres factores incluyen no solamente componentes internacionales sino también nacionales, desde que las iniciativas globales raramente buscan generar prioridades solamente entre las organizaciones internacionales- también buscan apoyo político de los sistemas políticos nacionales.

La prioridad política global por sí sola no es suficiente para abordar satisfactoriamente un problema internacional. Sistemas efectivos de políticas, tecnología e implementación, entre otros elementos, también son cruciales. Sin embargo, la prioridad política global ayuda al éxito y de esta manera, es esencial para investigar.

En este artículo presentamos el marco de referencia, examinamos las determinantes de la prioridad política global para maternidad segura respecto a este marco de referencia, señala los

desafíos que esta iniciativa puede enfrentar para lograr una priorización en la década que viene y identificar preguntas para investigaciones futuras para incorporarlas en las fuentes de prioridades políticas de iniciativas de salud globales.

### **Marco de Referencia para determinantes de prioridades políticas para Iniciativas Globales**

Investigadores han tratado de entender el porqué las iniciativas que persiguen el cambio social y político tienen éxito o fracasan en atraer el apoyo político. Ellos han investigado varios tipos de esfuerzos de acciones colectivas, incluyendo redes internacionales para temas tales como del cambio climático, movimientos sociales para causas tales como los derechos civiles y las comunidades de política pública que buscan aspectos particulares de agendas nacionales. Una preocupación central en la investigación de acción colectiva es el rol del poder: el poder de los actores/as conectados/as con el tema; el poder de las ideas usadas para definir y describir el tema; el poder de los contextos políticos para facilitar o trabar el apoyo político y el poder de algunas características del tema tales como el número de muertes, una causa particular de la enfermedad que inspire a actuar.

Estos cuatro elementos son el fundamento de nuestro marco de referencia para las determinantes de la prioridad política para las iniciativas globales (cuadro). Las iniciativas que comparten características en todas las categorías son más propicias para conseguir apoyo político.

El primer elemento es el poder los actores/as involucrados en la iniciativa. Las iniciativas difieren en la fuerza de aquellos que participan en ellas, en la calidad de los lazos entre estos actores y en su capacidad colectiva de confrontar a los oponentes. Entre aquellos/as que influyen la adquisición de apoyo político para la iniciativa están: comunidades políticas (factor 1) – la red de individuos y organizaciones que operan globalmente y que están unidos por una preocupación común por el tema. Estas comunidades incluyen a líderes prominentes de organizaciones no gubernamentales, autoridades gubernamentales, donantes bilaterales, miembros

de las agencias de Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales y académicas. Las comunidades políticas que se ponen de acuerdo en temas básicos de cómo el problema debe ser resuelto tienen mayor posibilidad de lograr apoyo político de aquellas que están divididas por el tema, ya que los políticos propondrán a escuchar a los que están de acuerdo como fuentes autorizadas de conocimiento.

La emergencia de líderes respetables que son adoptados por la comunidad política (factor 2) ayuda a la incorporación y provee de una dirección a la iniciativa. Por ejemplo, se cita frecuentemente al ex-director del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), James Grant como este tipo de líder. Instituciones fuertes que guían (factor 3) – por ie. Organizaciones y mecanismos de coordinación con el mandato de liderizar la iniciativa – son también cruciales. Las iniciativas pueden comenzar a través de organizaciones informales o proyectos al interior de organizaciones formales pero ellas deben de construir sus propias instituciones sostenibles si quieren sobrevivir. La competencia continua entre las instituciones involucradas para controlar el tema podría obstaculizar la creación de estas estructuras. El Grupo de Trabajo para Supervivencia Infantil y Desarrollo (antes dirigido por Grant) ha sido reconocido como una institución orientadora, que es particularmente efectiva para la causa de salud infantil. Finalmente, las iniciativas tendrán mayores posibilidades de generar apoyo político si se vinculan con organizaciones de base de la sociedad civil que están pugnando por atención global para el tema (factor 4), más que permaneciendo confinadas a miembros selectos de una comunidad política global. La presión de activistas de base del SIDA a organizaciones gubernamentales nacionales e internacionales por ejemplo, ayudó a incrementar la ayuda de los donantes para atender la enfermedad en los países en desarrollo.

Las ideas también moldean el apoyo político para las iniciativas. El rol de las ideas en política ha inspirado mucha investigación, que está basada en

el reconocimiento de que las influencias materiales por sí solas no pueden explicar todo el comportamiento político y que las personas interpretan el mundo que las rodean de manera muy diferente. La **variable central de la idea** es el marco en la investigación acción colectiva -por ejemplo la manera en la cual se entiende un tema y es presentado públicamente. Cualquier tema puede enmarcarse de varias maneras. Por ejemplo, el VIH/SIDA ha sido enmarcado como un problema de salud pública, un tema de desarrollo, una crisis humanitaria y una amenaza a la seguridad. Algunos marcos destacan más que otros y marcos diferentes llaman la atención a distintas audiencias. Por ejemplo, los Ministros de Finanzas pueden estar más predispuestos a responder a marcos que enfatizan los costos económicos de un problema de salud que los Ministros de Salud, quienes pueden prestar mayor atención a los marcos que se enfocan beneficios y pérdidas de salud pública. Los marcos que destacan internamente (factor 5) unifican las comunidades políticas proporcionando un entendimiento común de la definición, causas y soluciones del problema. Los marcos que destacan externamente (factor 6) mueven a individuos y organizaciones esenciales a la acción, especialmente, a los líderes políticos que controlan los recursos que las iniciativas necesitan.

Los contextos políticos en los cuales actores operan también ejercen influencia sustancial sobre los niveles de apoyo político. Aquellos involucrados en la iniciativa pueden tener poco control sobre estos factores del contexto, pero deben tomarlos en cuenta si desean desarrollar estrategias efectivas. Muchos elementos del contexto político importan, pero dos son esenciales. El primero, son las ventanas de políticas (factor 7), que son momentos en el tiempo donde las condiciones mundiales se alienan favorablemente para un tema, presentando a las personas que hacen abogacía oportunidades especiales importantes para llegar a los líderes políticos internacionales y nacionales. Las ventanas políticas se abren a menudo después de desastres mayores (tales como del Tsunami), descubrimientos (una nueva vacuna), o Foros

(Conferencias Globales de las Naciones Unidas). Por ejemplo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han ayudado con la apertura de ventanas de oportunidades de políticas para algunas de las causas incluidas. Un segundo elemento del contexto crucial es la estructura de gobernabilidad global para el sector (factor 8) – por ejemplo, el conjunto de normas (creencias compartidas sobre comportamientos apropiados) y las instituciones que negocian y fomentan estas normas. Los tratados internacionales, leyes y declaraciones existen para muchos sectores, incluyendo comercio, medio ambiente y la salud, usualmente con una organización internacional o un conjunto de organizaciones encargadas de hacerlos cumplir. En algunos sectores, estas estructuras trabajan bien; en otras, estas son disfuncionales. Varios estudios han expresado su preocupación sobre la creciente estructura fragmentada de la gobernabilidad global para salud, con muchas organizaciones compitiendo por el poder, constantemente cambiando prioridades y ninguna organización o conjunto de organizaciones con el poder de coordinar.

Finalmente, la naturaleza del tema por sí misma moldea las prioridades políticas. Algunos temas son intrínsecamente más fáciles de promocionar que otros. Los problemas que son fáciles de medir son más probables de ganar apoyo político que aquellos que no lo son, ya que los tomadores de decisiones y los que hacen abogacía tendrán la información para confirmar la severidad y monitorear el progreso (factor 9). Por ejemplo, los estudios que proporcionan evidencia creíble de altas tasas de crecimiento poblacional y fecundidad interactúan con otros factores, en los años 70 y 80 para convencer a los líderes políticos en muchos países en desarrollo que han tenido problemas de población que necesitaban atención. Es más fácil que los problemas que causan daño sustancial, que se verifican con medidas objetivas tales como número de muertes, atraigan más recursos que aquellos que no lo hacen, ya que los tomadores de decisiones percibirán como más serios estos problemas (factor 10). Problemas con soluciones relativamente fáciles, no costosas y basadas en la evidencia serán más fáciles de

promover que aquellas que no presenten estas características, ya que los tomadores de decisiones prefieren destinar recursos a temas que ellos piensan que pueden manejar de manera costo efectiva (factor 11). Por ejemplo, las vacunas baratas y efectivas, han ayudado a generar atención política para políticas de inmunización infantil.

No existe un único factor que sea necesario o suficiente para el apoyo político: algunas iniciativas que no han atraído prioridades políticas poseen varias de estas características y algunas iniciativas que han recibido atención política no tienen varias de estas. Por ejemplo, el VIH/SIDA atrae actualmente un gran apoyo político a pesar intensas controversias dentro de su comunidad política global y la erradicación de la polio continua recibiendo recursos sustanciales a pesar de la baja carga global de la enfermedad comparada con muchas otras enfermedades. En cambio, las enfermedades crónicas, tales como desórdenes cardiovasculares, cáncer y diabetes, algunas enfermedades contagiosas, tales como neumonía y un número de factores de riesgo, tales como la desnutrición atraen pocos recursos a nivel mundial causando éstas, una alta morbilidad y mortalidad. Estos casos sugieren la necesidad para investigaciones continuas de los determinantes de prioridades políticas para iniciativas globales de salud, incluyendo evaluaciones del peso relativo causal de los factores, sus efectos interactivos y si, diferentes combinaciones de factores pueden elevar el tema en la salud global.

Sin embargo, las investigaciones existentes dentro de la acción colectiva proporcionan evidencia que siendo todas las características iguales, cada factor fomenta la probabilidad que una iniciativa reciba la prioridad. Es más probable que la comunidad política global genere apoyo político si la iniciativa es consistente, bien llevada y guiada por instituciones fuertes y es apoyada por la sociedad civil movilizada: si hay acuerdo en las soluciones al problema y han desarrollado marcos para el tema llame la atención a los líderes políticos; si toman ventaja de las ventanas de políticas y si es

situado en un sector con una fuerte estructura de gobernabilidad global; y si se toma en cuenta un tema que es fácilmente medible, su severidad es alta y tiene intervenciones efectivas disponibles. En tal situación, el poder de las características involucradas, ideas, contextos políticos y temas, todas trabajan en favor de la iniciativa.

### **Métodos usados para aplicar el marco de referencia**

Para examinar la iniciativa global de maternidad segura usamos “el proceso de seguimiento” que es un método comúnmente usado en investigaciones cualitativas de las ciencias sociales e involucra análisis de varias fuentes de información que descubrir procesos sociales y evaluar causalidades. En el 2005-2007, realizamos 23 entrevistas con una duración promedio de entre 1-5 horas, con individuos involucrados esencialmente en el desarrollo de la iniciativa global, incluyendo a la mayoría de sus fundadores. Todos los individuos han trabajado en maternidad segura con agencias de las NNUU, con instituciones financieras multilaterales, universidades u organizaciones internacionales no gubernamentales. También hemos analizado información de un estudio complementario en prioridad política para la reducción de la muerte materna en 5 países en desarrollo, que incluía entrevistas con donantes bilaterales, políticos nacionales oficiales y líderes nacionales de organizaciones no gubernamentales. Adicionalmente, llevamos a cabo investigación documental en la historia de la iniciativa, colectando y revisando más de 70 documentos de las organizaciones coordinadoras de la iniciativa, donantes, agencias de NNUU, organizaciones no gubernamentales y otros actores. Además consultamos una obra publicada sobre mortalidad materna y la iniciativa de maternidad segura. Una vez que habíamos colectado la información, revisamos las transcripciones, documentos y la obra publicada para analizar los factores que moldearon la prioridad política de la iniciativa. Uno de nuestras metas era capturar las perspectivas de los mismos actores de la maternidad segura global sobre el estado de la prioridad política de la iniciativa. Entonces nos

hemos basado importantemente en extractos de las entrevistas para la presentación de nuestra información. Le hemos entregado el borrador del artículo a muchos de los entrevistados e incorporamos los comentarios que nos hicieron. También distribuimos y presentamos el artículo en una reunión de consulta que organizó la Fundación Mac Arthur en Mayo de 2007 para la iniciativa global de maternidad segura donde participaron 24 personas vinculadas a la iniciativa. Revisamos el borrador sobre la base de la retroalimentación de varios de los/las participantes que estuvieron en la reunión.

No hemos tomado posición en los debates técnicos alrededor de las intervenciones apropiadas y las estrategias de medición que emergieron en la iniciativa. Más bien, nuestro objetivo fue analizar el contenido de estos debates y como eran entendidos por los mismos participantes para evaluar los efectos que estos debates han tenido en el apoyo político a la iniciativa. Nuestra mirada está en el nivel global de la iniciativa, más que el nivel nacional o de base y actores y debates, excepto en los momentos en que los organizaciones nacionales y de base han afectado o han sido afectadas por la iniciativa global de maternidad segura. Las experiencias nacionales y comunitarias y las perspectivas y voces de los actores de los países en desarrollo son cruciales para la historia de la maternidad segura y merecen atención de la investigación. Sin embargo, este estudio de caso, se limita por si mismo, a examinar los avances alrededor de la iniciativa global de maternidad segura.

Una limitación del método de nuestro caso de estudio fue la dificultad en controlar variables de influencia difíciles y en la evaluación del peso relativo de la carga causal de los factores que identificamos como elementos que moldean la prioridad política. Como hemos anotado más arriba, este estudio debe ser tomado como una exploración inicial de la compleja pregunta sobre la aceptación o rechazo del tema en la salud global. Será necesario, sustancialmente mayor investigación, para establecer los factores que influyen en mayor y menor grado en moldear

prioridades políticas, comparando idealmente iniciativas globales de salud que varían en sus niveles de apoyo político.

### **El Caso de Maternidad Segura**

En 1987, el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas de Población (UNFPA), patrocinaron una conferencia en Nairobi, Kenya que lanzaron la Iniciativa Global de Maternidad Segura. Su meta fue la de llamar la atención sobre el estimado de medio millón de muertes maternas anuales a nivel mundial, la mayoría de ellas que ocurren en países en desarrollo e impulsar los esfuerzos para atender este problema y para reducir los niveles de mortalidad materna a la mitad para el año 2000. Después de la Conferencia se organizó un Grupo Interagencial para Maternidad Segura (GIMS) para focalizar la atención global sobre el tema, agrupando varias agencias internacionales y organizaciones no gubernamentales asociadas con el lanzamiento. Desde esta Conferencia, dos décadas atrás, las personas que abogan por la maternidad segura se han enfrascado en un esfuerzo sostenido para convencer a las organizaciones internacionales y líderes políticos nacionales para priorizar la reducción de la mortalidad materna.

Casi todos los entrevistados/as percibieron los resultados de la Iniciativa, en términos de producción de apoyo político, se haber sido desilusionantes. Muchas publicaciones sobre la Iniciativa también llegaron a la misma conclusión. Sin embargo, varios entrevistados/as creen que el 20avo. aniversario de la Iniciativa ofrecerá una oportunidad para generar el momento político para la Maternidad Segura.

### **Poder de los actores**

Desde el comienzo de la iniciativa, la comunidad política ha estado dividida acerca de la estrategia de intervención, que ha afectado su credibilidad con líderes políticos internacional y nacionales (entrevista (I) Mayo, 2006): y I9 (junio, 2006): (15 (junio, 2006). A lo largo de los años 1970-1980 los controles prenatales de riesgo y la capacitación de

parteras tradicionales concentraron las estrategias centrales para la sobrevivencia materna. En un artículo influyente de 1985 del Lancet se manifestó preocupación sobre estas estrategias, arguyendo que la mayoría de las muertes maternas no pueden ser prevenidas y que las mujeres necesitan acceso a cuidados obstétricos de emergencia en el caso de complicaciones al nacer. A pesar que no niega la necesidad para cuidados obstétricos de emergencia, otras personas que hacían abogacía enfatizaban que su importancia ha sido exagerada (12 (junio, 2005)) y que el nivel comunitario y las actividades de prevención tienen un rol crucial en la prevención de muertes maternas. Algunas personas que abogaban apoyaban lo que se había definido como atención calificada del parto. Su mensaje central expresado en el decimo aniversario de la Conferencia de Maternidad Segura en 1997 en Sri Lanka, fue el de asegurar la atención calificada del parto, definido como “teniendo a un/a trabajador/a de salud, con destrezas obstétricas presentes en el parto, con el respaldo de transporte, en el caso que se requiera una referencia de emergencia”.

Los/las participantes en el debate sugirieron que los desacuerdos iban más allá de lo técnico; tomaron carácter personal. Un entrevistado comentó:

“(las personas se convirtieron) extremadamente defensivas sobre sus ideas... si Ud. no está de acuerdo con la idea, Ud. está mal y equivocado...era algo parecido a lo que sucedía con el presidente Busch. Si Ud. está en contra de esta idea, entonces Ud. es un traidor”. 12 (junio, 2005).

Otro participante describió toda la historia de la iniciativa como que era “una de campos de competencia” (13 (mayo, 2006)). Un tercer participante creyó que las posiciones se convirtieron profundamente rígidas y casi inmutables:

“Nosotros siempre supimos la respuesta. Primero, parteras empíricas y control prenatal, luego esto no funcionó, entonces, la atención calificada del parto y cuidados obstétricos de emergencia

obstétrica... hay un sesgo. (Ud. debe) tomar la línea de la compañía”. 16 (mayo, 2006)

Una serie del Lancet del 2006 sobre Sobrevivencia Materna llamó a que los partos fueran atendidos por matronas en los centros de salud, con otros profesionales médicos presentes y mayores niveles de cuidados disponibles, si fuera necesario. La serie manifestó un consenso que se fue construyendo gradualmente dentro de algunos miembros de la comunidad política, sobre la necesidad de tener tanto a personal calificado al nacer y cuidados obstétricos de emergencia si fuera necesario. Muchos entrevistados anotaron una disminución en la tensión en la comunidad política, parcialmente debido a este consenso emergente (14 (mayo, 2006); 15 mayo, 2006); 16 (mayo, 2006); 17 (junio, 2006) 18 (junio, 2006); I15 (junio, 2006)). Sin embargo, este acuerdo no fue acompañado por todos los miembros de la comunidad política. Algunos expresaron una fuerte preocupación sobre qué hacer en el ínterin, antes que tales establecimientos sean establecidos, en vista de la escases de recursos y la dificultad de los países pobres en expandir los cuidados.

Instituciones débiles guías ocultaron la adquisición de apoyo político. El GIMS agrupó personas efectivas en abogacía para maternidad segura e investigadores bien respetados. Sin embargo, éste incluyó oficiales técnicos de las agencias representadas en lugar de sus líderes senior, dificultando su habilidad para desarrollar apoyo político global para la reducción de la mortalidad materna. Además, controversias alrededor de la membrecía – los miembros del GIMS- tomaron una decisión deliberada inicialmente de permanecer pequeño. Un miembro fundador explicó la racionalidad de esto:

“muchos grupos querían pertenecer y el GIMS no era perfecto pero trabajaban bien juntos... el grupo se sintió fuertemente que siendo pequeño era mejor. Era más fácil cuando se trata temas difíciles (tales como) aborto”. I21 (agosto, 2006)

Otro miembro fundador del GIMS comentó que esta decisión creó dificultades, anotando que, “fuimos acusados, de manera correcta, de ser un

grupo pequeño que mira hacia adentro” (I23 (septiembre, 2006)). Una persona que no era miembro identificó una de las consecuencias de esta decisión:

“el GIMS no ha sido ni nunca fue percibido como un vocero fuerte para la maternidad segura, hasta mucho después”. 19 (junio, 2006)

Otro tema para las organizaciones guías, uno que el GIMS no pudo resolver, está referido las relaciones entre agencias de las NNUU. Para otros temas de salud, tales como sobrevivencia infantil, planificación familiar y asesoramiento técnico, claramente una agencia de las NNUU tomó el liderazgo (UNICEF, UNFPA y OMS, respectivamente). Sin embargo, tal liderazgo de agencia en el sistema de las NNUU nunca fue desarrollado para maternidad segura. UNICEF, UNFPA, OMS y el Programa de Desarrollo de las NNUU (PNUD) todas desarrollaron actividades de maternidad segura, las cuales fueron a menudo ejecutadas independientemente, unas de otras. En algún punto, las agencias fueron antagónicas, difiriendo en el enfoque de intervención y compitiendo por los escasos recursos de maternidad segura (I7 (junio, 2006); I10 (junio, 2006); I11 (junio, 2006); I17 (julio, 2006)). Un entrevistado de las NNUU involucrado en maternidad segura cree que el problema central fue la ausencia de apropiación de las agencias de NNUU:

“UNICEF estaba involucrada pero los niños son su pan y mantequilla... UNFPA no estaba ni allí ni acá... tenía abogacía y políticas pero no programas. La OMS se balancea entre normas y estándares y con implementación –de ida y de vuelta- y trata con muchas cosas. De esta manera, la maternidad segura no tiene un hogar en las NNUU y esto es un gran problema”. I10 (junio, 2006)

Entre 2002 y 2005, presionados por los donantes, que no querían financiar esfuerzos separados (I7 (junio, 2006)), la Iniciativa de Maternidad Segura y el GIMS, gradualmente se juntaron con otras iniciativas para convertirse en una Alianza más amplia para salud materna, neonatal e infantil. La

idea del continuo del cuidado fue intuitivamente atractiva para algunas organizaciones y actores involucrados, ya que esto se pensó para asegurar que la salud de los recién nacidos/as, niños/as y madres sea promovida de una manera sinérgica (I18 (julio, 2006); I23 (septiembre, 2006)). La idea y nacimiento de la alianza fue contenciosa, sin embargo, sus líderes tenían que manejar tensiones entre sus miembros desde el lanzamiento (I3 (mayo, 2006); I5 (mayo, 2006); I7 (junio, 2006); I9 (junio, 2006); I15 (junio, 2006); I18 (julio, 2006); I23 (septiembre, 2006)). La Alianza entre Maternidad Segura y Supervivencia del Recién Nacido/a no ha sido fácil y peor entre Maternidad Segura y Supervivencia Infantil. Un punto de contención está referido a diferentes perspectivas sobre establecimientos vs comunidad o parto domiciliario. Adicionalmente, muchas de las personas que abogaban sobre supervivencia infantil estaban cautelosas de discusiones contenciosas políticas sobre aborto inseguro que es una causa importante de mortalidad materna. Por debajo de estas tensiones ha habido una preocupación sobre la división y control de los escasos recursos. Comentando sobre el lugar de la maternidad segura en medio de estas tensiones entre socios, un entrevistado dijo:

“Hay tres familiares. La supervivencia infantil es más antigua, rica en recursos. El recién nacido es débil, pequeño, pero tiene una nueva dotación de Gates de US\$ 60 millones. Es el pequeño niño en la familia que todo el mundo lo cuida. La maternidad segura es el niño del medio; no sabe exactamente dónde estar. Necesitamos un buen padre que cuide a los tres equitativamente, o inadecuadamente- la maternidad segura necesita oportunidades más vigorosas”. I10 [junio, 2006]

Los que apoyan la alianza argumentan que la causa de la supervivencia materna pertenece correctamente bajo este paraguas, integrado con la salud de los niños y de los recién nacidos (I23 [septiembre, 2006]). Sin embargo, varias personas que se dedican a abogar por la maternidad segura están suspicaces, preocupándose si la alianza últimamente servirá a la causa de la supervivencia materna (I3 [Mayo, 2006]; I9 [junio, 2006]; I16

[junio, 2006]; I17 [julio, 2006]). Una persona que se dedica a abogar se da cuenta que con el surgimiento de la alianza, muchos miembros de la comunidad maternidad segura no están más seguros si todavía existe una iniciativa para maternidad segura.

Una débil movilización de las organizaciones de la sociedad civil también han dificultado la adquisición de apoyo político. En 1999, se formó la Alianza del Listón Blanco (White Ribbon Alliance) organizada con la finalidad de promocionar la abogacía para la maternidad segura a nivel nacional, vinculando las instituciones de la sociedad civil con donantes y otras organizaciones. Sin embargo, pocas organizaciones de base preocupadas con las dimensiones globales del tema han emergido. Una razón puede ser la ausencia de acceso al proceso político por parte de aquellos más directamente afectados por este tema- por ejemplo, mujeres pobres con poca educación, quienes enfrentan una sustancial discriminación de género en muchos países pobres. Varios entrevistados se dieron cuenta también del desprendimiento de la iniciativa de las actividades de base que existen (I9 [junio, 2006]; I10 [junio, 2006]; I15 [junio, 2006]). Un entrevistado, comentando cuán lejanos están los debates comunitarios de políticas de las realidades locales, dijo:

"Existe un gran divorcio. 35,000 pies de discusiones. Y estoy preocupado porque la brecha está creciendo. Las discusiones internacionales están desviadas de lo que sucede en el campo" I15 [junio, 2006]

Un líder ampliamente reconocido podría haber ayudado a sobrellevar las dificultades históricas de la fragmentación de políticas comunitarias, debilidad de las instituciones guías y la poca movilización de la sociedad civil. Sin embargo, no surgió tal figura (I5 [mayo, 2006]; I15 [junio, 2006]). Varios personas asociadas con la iniciativa, en coyunturas particulares, eran percibidos potencialmente para tener esta capacidad, pero ellos/as no aprovecharon la oportunidad. Con



referencia al líder mejor conocido de la sobrevivencia infantil, un entrevistado infirió:

"La maternidad segura no tiene un Jim Grant. ¿Dónde está el embajador?" I15 [junio, 2006]

### Ideas

Encontrar un conjunto importante de ideas-por ejemplo, posicionar públicamente el tema de forma que atraiga el apoyo político -ha sido un constante desafío para la iniciativa. Desde su lanzamiento, varios líderes políticos en países en desarrollo, han llegado a percibir la mortalidad materna como un tema que merece atención y recursos. Sin embargo, pocos líderes han priorizado la mortalidad materna, especialmente comparado con los muchos líderes nacionales que han priorizado temas tales como la sobrevivencia infantil y el VIH/SIDA.

Las personas que se dedican a abogar por la maternidad segura han realizado esfuerzos concertados para desarrollar marcos para el tema que pueden llamar la atención. Han enfatizado la severidad del problema, realizando argumentos basados en derechos, conectando el problema a resultados económicos y resaltando los efectos sobre los niños. A pesar de estos esfuerzos, ningún marco ha convencido a muchos líderes políticos, lo cual es una situación que continúa reuniendo a varios miembros de la comunidad política. Como un entrevistado menciona:

"¿Por qué es esto así? ¿Por qué no hemos visto el flujo de recursos para hacer algo al respecto? El tema tiene todos los elementos emocionales para tantos de los distintos niveles. El caso verse desde la perspectiva económica, en términos de productividad de los hogares, de la siguiente generación de niños/as. ¿Qué más necesitas para capturar la imaginación? No lo comprendo" I15 [junio, 2006]

El posicionamiento inicial de la iniciativa pudo haber contribuido a las dificultades para atraer apoyo político de un grupo que pudo de otra manera haber prestado un poderoso apoyo a la causa: el movimiento las mujeres. Cuando los

representantes del Banco Mundial plantearon por primera vez la idea de una Conferencia Internacional para Mortalidad Materna en 1985, estaban conscientes de que la administración de los EE.UU. no deseaba apoyar planificación familiar internacionalmente. Sensibilizados con el conservadurismo de la administración de los EE.UU. en referencia a los temas reproductivos, los representantes del Banco querían encontrar, en las palabras de uno de los organizadores, "un concepto que es políticamente incuestionable, un nombre que atrae dinero, que hace a muchas personas héroes, algo que la administración americana no puede oponerse" (I22 [agosto, 2006]). De estas deliberaciones, nació el término maternidad segura. Los organizadores se cohesionaron alrededor del término, en parte porque era poco probable que este término incite oposición activa de administración. Sin embargo, como un entrevistado señaló:

"A las feministas no les gustó el término "maternidad segura" de manera [que el tema] nunca fue recogido por los grupos de mujeres" I7 [junio, 2006]

El mismo entrevistado resaltó que muchos hombres, también, han sido renuentes a asumir el tema, pero por una razón diferente, arguyendo:

"El rechazo de los temas de las mujeres... refleja algún nivel de sesgo inconsciente en contra de las mujeres en cada nivel, desde la comunidad hasta los tomadores de decisiones de alto nivel... Aunque lo ignoremos la salud materna involucra sexo y sexualidad; es sangrienta y desordenada; y creo que muchos hombres (no todos, por supuesto) tienen una antipatía visceral a tratarla"

El marco del tema dentro de la comunidad política también a presentado dificultades. Fundamentalmente, la comunidad ha unificado con una creencia compartida que la mortalidad materna es una tragedia de negligencia que demanda ser rectificada. Esta idea fue la base de un artículo que ayudó a traer atención internacional para el tema. El artículo del Lancet de Allan Rosenfield en 1985, considerado por muchos como el campeón más efectivo de la

causa, y Deborah Maine, enfatizaron la negligencia hacia la sobrevivencia materna en favor de la salud infantil. Sin embargo, más allá de este punto central de acuerdo, la comunidad política hasta hace poco ha tenido dificultades para identificar ideas comunes. Un marco interno de impacto necesitará respuestas claras a varios temas, ninguno de los cuales ha sido resuelto por completo por la comunidad política. Estos aspectos incluyen: si la mortalidad materna o más ampliamente la salud materna, debería ser la preocupación central; como debe medirse el progreso; si la idea del continuo del cuidado debe asumirse como el posicionamiento central del tema; las estrategias precisas para atender al problema; y la relación de la iniciativa con temas concernientes a la salud, incluyendo planificación familiar, la amplia agenda de salud reproductiva y el desarrollo de los sistemas de salud.

### **Contextos políticos**

Las personas que se dedican a la abogacía han pensado construir un entorno político global favorable para maternidad segura organizando reuniones internacionales y eventos para la reducción de la mortalidad materna, buscando la inclusión del tema en otras reuniones globales y intentando tomar ventaja de ventanas políticas tales como aquellas asociadas con los ODM (I7 [junio, 2006]; I18 [julio, 2006]; I19 [agosto, 2006]; I21 [agosto, 2006]; I22 [agosto, 2006]; I23 [septiembre, 2006]). El efecto de sus esfuerzos es incierto. AbouZahr argumentó en una revisión de la historia de la iniciativa que "a estos esfuerzos le han faltado convicción", anotando que, "las reuniones de maternidad segura han tendido a no atraer a la mayoría de los tomadores de decisiones seniors."

Los primeros esfuerzos para promover la reducción de la mortalidad materna tomaron lugar en 1985, antes del lanzamiento de la iniciativa, a la finalización de la década para las mujeres de las NNUU, cuando las personas que hacían abogacía para los derechos de las mujeres identificaron a la reducción de la mortalidad materna como uno de los varios temas que pueden sustentar la agenda

de las mujeres (I21 [agosto, 2006]). La conferencia de Nairobi de 1987 fue el primer evento internacional importante para maternidad segura. La maternidad segura también hizo parte de la agenda de la Tercera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres en Beijing en 1995. En 1997, una conferencia en Colombo, Sri Lanka, marcó el 10º aniversario de la iniciativa, y en 1999, se formaron nuevas iniciativas y programas para la reducción de mortalidad materna, incluyendo el Programa de Evitando las Muertes Maternas y Discapacidades de la Universidad de Columbia. Éste programa recibió US\$ 50 millones de la Fundación Gate, la cual es la mayor donación hasta el momento para maternidad segura.

Se abrió en el 2000, una ventana de oportunidad para presionar a líderes políticos en maternidad segura a través de una confluencia favorable de eventos, proporcionando éste una oportunidad para las personas que se dedican a la abogacía. En ese año, los estados miembros de las NNUU anunciaron los ODM, un conjunto de objetivos de alivio a la pobreza para el año 2015. La salud materna era parte de un grupo selecto de metas de salud para lograr los ODM, siendo la meta cinco la reducción de la razón de mortalidad materna global en 75% tomando como base los niveles de 1990 para el año 2015.

Es incierto si, la salud materna de los ODM, los esfuerzos de personas que se dedican al abogacía para tomar ventaja de los mismos y los esfuerzos continuos de las personas que se dedican a la abogacía de maternidad segura global, han tenido efectos sustanciales sobre el apoyo político y recursos. Una débil estructura de gobernabilidad global para salud (incluyendo la ausencia de liderazgo sobre el tema de maternidad segura dentro del sistema de las NNUU ) ha dificultado la capacidad de la iniciativa para crear y tomar ventajas de las oportunidades. Por el lado positivo, el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del RU, influenciado por los ODM, ha incrementado el financiamiento a la salud materna y del recién nacido de GB 0.9

millones en el 2001-02 a 16.2 millones en el 2005-06. Otros donantes también incrementaron su financiamiento para sobrevivencia materna durante este tiempo. Además, el compromiso de los ODM estuvo detrás de varias llamadas globales sustanciales para la acción, incluyendo la Declaración de Nueva Delhi en el 2005, en India, de responsables de las agencias de las NNUU y muchos gobiernos de países en desarrollo llamando para el progreso global sobre salud materna, del recién nacido e infantil. Adicionalmente, los líderes de los países en primer o segundo lugar del ranking en términos de números de muertes maternas, como el Primer Ministro Hindú Manmohan Singh y el ex Presidente de Nigeria Olusegun Obasanjo, se manifestaron públicamente sobre el ODM referido a la salud materna. Ellos expresaron su preocupación sobre los altos niveles de muerte materna de sus países y demandaron que sus gobiernos actúen para atender el tema.

Contrariamente, varios estudios muestran que las grandes brechas en los recursos globales para salud materna continúan. Un estudio estimó que se necesitaba US\$ 1 billón adicionales para alcanzar las necesidades de salud materna y del recién nacido en el 2006, y otro identificó la necesidad de un mínimo incremento promedio anual de US\$ 3.9 billones en 10 años para alcanzar las necesidades combinadas de salud materna y del recién nacido. Además, solamente unos pocos países en desarrollo han logrado una reducción de la mortalidad materna, como una prioridad política, desde el lanzamiento de la iniciativa.

El 20avo. aniversario de la iniciativa, el 2007, puede presentar nuevas oportunidades para la generación de prioridades políticas para maternidad segura. En febrero de 2007, IMMPACT (una iniciativa de investigación de mortalidad materna) diseminó resultados de varios años de estudios sobre la medición de estrategias y evaluación de programas. En septiembre 2007, se lanzó una iniciativa liderizada por el gobierno noruego para acelerar el progreso hacia el logro de la sobrevivencia infantil y materna de los ODM. El evento culminante es la conferencia de Women

Deliver, que se llevará a cabo en octubre de 2007. Los jefes de los estados, ministros de planificación y finanzas y otros oficiales políticos seniors han manifestado su compromiso para asistir a este evento, creando un alto nivel de apoyo político potencial para el tema, lo cual había estado faltando previamente.

### **Características del tema**

Tres características del tema por sí mismas han estado atrayendo apoyo político para las dificultades de la mortalidad materna. Primero, las muertes maternas no son tan comunes como aquellas causadas por varias enfermedades con una gran carga ejemplo, VIH/SIDA, malaria; segundo, las mediciones precisas de la mortalidad materna son técnicamente dificultosas; y tercero, las intervenciones para evitar las muertes maternas no son tan simples como aquellas para algunas otras enfermedades (tales como varias enfermedades infantiles que son prevenibles mediante vacunas).

La estimación más reciente del número de muertes maternas anuales globalmente es de 529,000 para el año 2000. A pesar que esta cifra es alta, es mucho menor que el número anual de muertes de VIH/SIDA (2.9 millones), tuberculosis (1.6 millones) y malaria (1 millón), así como también el número de muertes de niños menores de cinco años (10.6 millones) y neonatos (4 millones). Muchas personas que se dedican al abogacía de maternidad segura son agudamente conscientes de estas cifras (I5 [mayo, 2006]; I15 [junio, 2006]) y han debatido si las personas que se dedican al abogacía de la salud materna deben, en vez enfatizar otros indicadores de severidad, tales como morbilidad, riesgos de vidas de muertes, o muertes combinadas maternas y del recién nacido (que totalizan 4.5 millones).

Adicionalmente, la mortalidad materna es más difícil de medir como lo son otros resultados de salud tales como la mortalidad en menores de 5 años, la mortalidad infantil y la fecundidad. Los bajos números de muertes maternas en una localidad específica geográfica significa que los intervalos de confianza para las estimaciones de la

mayoría de las metodologías de investigación son grandes, haciendo difícil estimar los niveles actuales y es difícil establecer si los cambios ocurren a lo largo del tiempo. Estos desafíos han llevado a algunos investigadores y programadores a medir indicadores de proceso para evaluar el efecto y medir el progreso. Otros investigadores, a pesar de no negar la necesidad para tales indicadores, enfatizan la importancia de continuar en la búsqueda para encontrar mejores caminos para medir la mortalidad materna por sí misma.

Otra dificultad es que las intervenciones necesarias para prevenir las muertes maternas no son simples como aquellas para otras enfermedades, tales como enfermedades específicas que son prevenibles mediante vacunas. Pocos de los epidemiólogos líderes de salud materna creen que está disponible una solución simple y la mayoría argumenta que el funcionamiento de los sistemas de salud es crucial. Existen desacuerdos sobre el grado actual de complejidad de las intervenciones necesarias, la fortaleza de intervenciones basadas en la evidencia y su costo (I2 [junio, 2005]; I3 [mayo, 2006]; I6 [mayo, 2006]; I7 [junio, 2006]; I12 [junio, 2006]; I15 [junio, 2006]).

Varios entrevistados sugieren que las discusiones públicas contenciosas alrededor de la medición y la evidencia han tenido efectos adversos sobre la habilidad de la iniciativa para adquirir apoyo político y recursos y han contribuido a la fragmentación de la comunidad política:

"Nosotros exhibimos nuestra ropa sucia. Otras personas son más discretas" I15 [junio, 2006]

"Nosotros no sabemos que es efectivo. Nosotros no podemos medir resultados muy bien" I3 [mayo, 2006]

"Nos enfocamos en las incertidumbres. Qué es la verdad, pero que no convencerá al ministerio de finanzas" I15 [junio, 2006]

"Iré con mis ideas [a un donante] y [X] irá con las suyas y quien puede decir quien está en lo correcto" I9 [junio, 2006]

Estos problemas, a pesar de las personas que se dedican a la abogacía de maternidad segura, han usado estimados, han sido imprecisos, para generar atención para la causa. Por ejemplo, a mediados de 80s, Robert Cook de la OMS patrocinó estudios que produjeron el primer estimado de los niveles globales de mortalidad materna: medio millón de muertes maternas anualmente. Estas cifras llamaron la atención de las altas autoridades de las agencias internacionales y otras personas claves de la iniciativa. Los estimados revisados de las agencias de las NNUU a mediados de los 90s provocaron discusiones entre los líderes nacionales y las agencias de las NNUU alrededor del tema, lo cual puede haber incrementado el perfil de la mortalidad materna con las instituciones donantes.