

Opciones públicas, decisiones privadas: Salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio



Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Opciones públicas, decisiones privadas: Salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Autor: Stan Bernstein
con la colaboración de Charlotte Juul Hansen

2006

Derechos de Autor © 2006

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

Todos los Derechos Reservados

Esta publicación debe ser citada como: Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006. Opciones públicas, decisiones privadas: la salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas fue encargado por el Secretario General de las Naciones Unidas y auspiciado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en representación del Grupo de Desarrollo. Su informe es una publicación independiente que no refleja necesariamente las perspectivas de las Naciones Unidas, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo o de sus Estados miembros.

Esta publicación recibió el apoyo financiero de la Fundación Bill and Melinda Gates, la Fundación William and Flora Packard, la Fundación Ford y la Fundación David and Lucile Packard.

Foto de portada: TK

Diseño: Communications Development Inc., USA, y Grundy & Northedge, UK

Traducción y edición: Family Care International (FCI)

Puesta en página: Green Ink, UK (www.greenink.co.uk)

Resumen ejecutivo

Introducción

La salud sexual y reproductiva (SSR) fue definida por consenso internacional en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994. Esta definición se centra en la promoción de la toma de decisiones saludables, voluntarias y seguras en lo relativo a la vida sexual y reproductiva de individuos y parejas, incluyendo las decisiones sobre el tamaño de la familia y el momento del matrimonio, las cuales son fundamentales para el bienestar humano. La sexualidad y la reproducción son aspectos vitales de la identidad personal y son elementos clave para la creación de relaciones personales y sociales plenas, dentro de distintos contextos culturales.

La SSR no sólo atañe a los años reproductivos, sino que como concepto enfatiza la necesidad de adoptar un enfoque de salud centrado en el ciclo de vida de las personas. Abarca temas tan sensibles como importantes para los individuos, las parejas y las comunidades, como son la sexualidad, la discriminación por género y las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Para el logro de una buena condición de SSR es crucial proteger los derechos reproductivos, un conjunto de normas recogidas en distintos instrumentos de derechos humanos acordados internacionalmente, y aceptadas desde hace muchos años.

La CIPD adoptó la meta de garantizar acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015, dentro de su marco de trabajo para alcanzar un conjunto más amplio de objetivos de desarrollo. La Declaración del Milenio y los subsecuentes Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), definieron prioridades estrechamente relacionadas con estos objetivos. El avance hacia los ODM depende del logro de los objetivos de salud reproductiva establecidos en la CIPD. Y así lo ratificaron los líderes del mundo en el Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005 (UN 2005b).

en algunos países hasta un 50 por ciento de las mujeres todavía contrae matrimonio o empieza a vivir en pareja antes de los 18 años

La situación actual

La falta de acceso a SSR constituye un importante problema de salud pública, especialmente en los países en desarrollo. Por ejemplo, en el 2001 la muerte y la discapacidad debidas a condiciones de SSR supusieron el 18 por ciento de la carga total de enfermedad en el mundo y el 32 por ciento de la carga de enfermedad en mujeres en edad fértil (15-44 años), aunque cabe recalcar que hay considerables variaciones entre regiones. Debido en gran medida a la crisis del VIH/SIDA, la carga de enfermedad de salud reproductiva representa alrededor de un tercio de la carga total de enfermedad en África, casi el doble que en la mayoría de las otras regiones. Más allá de las graves consecuencias en términos de muerte y discapacidad que puede acarrear, la condición de SSR tiene un fuerte impacto en la calidad de vida y las perspectivas de desarrollo de las personas. Los registros de avances en la condición de SSR en las décadas recientes muestran resultados dispares.

Fecundidad

Pese a los significativos descensos en las tasas de fecundidad en la mayoría de regiones del mundo, recientemente esta tendencia se ha ido ralentizando. En muchos países de África subsahariana, la transición de la fecundidad sigue en fases tempranas. Además, los registros nacionales de descensos en la fecundidad ocultan variaciones significativas dentro de cada país. Las poblaciones empobrecidas y que viven en zonas rurales tienen menor grado de acceso a información y servicios de planificación familiar, y por tanto, tasas de fecundidad más elevadas.

Salud reproductiva de los y las adolescentes

Los y las adolescentes, que actualmente conforman alrededor del 20 por ciento de la población mundial, tienen necesidades especiales en el área de salud reproductiva y están expuestos a riesgos relacionados con el inicio de la actividad sexual a temprana edad, el matrimonio y la fecundidad. Se ha producido un incremento global en la edad del matrimonio que ha contribuido al descenso en la fecundidad adolescente. Sin embargo, en algunos países hasta un 50 por ciento de las mujeres todavía contrae matrimonio o empieza a vivir en pareja antes de los 18 años, cifra que sube hasta el 70 por ciento cuando se incluyen mujeres de hasta 20 años. La proporción de mujeres jóvenes casadas o que viven en pareja a los 20 años tiene una estrecha relación con la fecundidad adolescente y la exposición a riesgos reproductivos.

Planificación familiar

El uso de anticonceptivos contribuye sustancialmente a las variaciones observadas en las tasas de fecundidad, junto a la edad del matrimonio, las tasas de aborto, la amenorrea posparto, la abstinencia y la incidencia de separaciones maritales. A pesar del drástico incremento en el uso de servicios de planifi-

cación familiar, la necesidad insatisfecha de planificación familiar sigue siendo muy elevada en regiones con bajas tasas de prevalencia. Si bien el uso de anticonceptivos entre adolescentes ha ido en aumento, los datos de 94 encuestas nacionales realizadas en la última década muestran que en estos países, la demanda insatisfecha en adolescentes es dos veces superior a la de la población en general. En este grupo de edad, la necesidad insatisfecha de planificación familiar expresa principalmente el deseo de postergar el embarazo. Prestar adecuada atención a estas preferencias contribuiría a reducir la exposición a riesgos reproductivos, y a empoderar a las mujeres jóvenes en los ámbitos de la educación, el empleo y la participación social.

Los hombres participan en los esfuerzos para mejorar la condición de salud reproductiva como defensores de la necesidad de disponer de servicios; respaldando las necesidades de sus parejas; y también como beneficiarios de servicios para su propia salud y bienestar. La mayoría de hombres de entre 20 y 24 años de edad declara haber tenido relaciones sexuales coitales antes de haber cumplido los 20, y una proporción significativa ha tenido relaciones antes de los 15 años. Gran parte de los hombres casados de entre 25 y 39 años, particularmente en el África subsahariana, declara no haber dialogado sobre planificación familiar con sus parejas. Sin embargo, en muchos contextos es más probable que los hombres aprueben el uso de anticonceptivos de lo que sus parejas piensan; y así, la falta de comunicación lleva a la pérdida de oportunidades de cooperar para lograr las preferencias reproductivas. En la mayoría de países, en un año dado, la gran parte de los hombres tienen una sola pareja sexual, aunque una minoría significativa de hombres casados tienen parejas extra-matrimoniales. El uso de condones es mayor en hombres no casados que en hombres casados, puesto que dentro del matrimonio el uso del condón se asocia a la infidelidad y a la desconfianza de la pareja.

Salud materna

Aproximadamente 529.000 mujeres mueren cada año durante el parto y el embarazo; la abrumadora mayoría en países en desarrollo. Mientras que las mujeres en países industrializados tienen una probabilidad entre 2.800 de morir en el embarazo o el parto, en las regiones en desarrollo este riesgo es de 1 en 61. En África subsahariana el riesgo es aún más elevado: 1 en 16. Estos riesgos de morir a lo largo de la vida reflejan tanto las tasas de embarazo como la calidad de la atención brindada en cada parto. Las muertes maternas ocurren tanto por complicaciones directas como indirectas. Las complicaciones directas causan el 80 por ciento de las muertes maternas e incluyen la hemorragia, sepsis, trastornos hipertensivos del embarazo, complicaciones del aborto y parto obstruido. Las complicaciones indirectas varían entre regiones e incluyen la malaria y el SIDA. Además, se estima que por cada mujer que fallece, aproximadamente otras 30 sufren lesiones, infecciones y discapacidades en el embarazo o el parto. Estas discapacidades incluyen la fistula obstétrica.

El aborto realizado en condiciones de riesgo causa el 13 por ciento de las muertes maternas, lo que supone aproximadamente 68.000 fallecimientos cada año.

El aborto realizado en condiciones de riesgo causa el 13 por ciento de las muertes maternas, lo que supone aproximadamente 68.000 fallecimientos cada año. Las complicaciones del aborto explican gran parte de la relativamente alta tasa de muertes maternas en América Latina y el Caribe (donde las restricciones legales al aborto son comunes) y en menor medida en Asia y África. Sin embargo, la tasa de mortalidad por aborto es más alta en África.

El incremento en la proporción de partos atendidos por personal calificado ha sido drástico en el sudeste asiático, Asia oriental y el Pacífico, así como en América Latina y el Caribe (región que partía de niveles ya más elevados). África subsahariana, donde sólo el 41 por ciento de los partos son atendidos por personal calificado, registra un importante rezago en comparación con las demás regiones, lo que contribuye a la elevada mortalidad materna en el continente africano.

VIH/SIDA e ITS

La pandemia del VIH/SIDA constituye una grave amenaza para el desarrollo de los países afectados. El virus se está expandiendo entre diferentes poblaciones a ritmos diversos y las tasas de prevalencia entre personas adultas van desde proporciones menores al 1 por ciento, hasta proporciones de más del 30 por ciento. En África subsahariana y partes del Caribe la epidemia está claramente instalada en la población general y se transmite principalmente por contacto heterosexual. Sea cual sea la principal vía de transmisión, son casi siempre las poblaciones empobrecidas y marginalizadas la que tienen mayor riesgo de exposición al virus. Más de la mitad de los hombres y las mujeres en la mayoría de los países del mundo carecen de los conocimientos integrales y certeros necesarios para evitar la transmisión del VIH.

La prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables e incurables, incluyendo el VIH/SIDA, es más alta en África subsahariana y América Latina y el Caribe que en otras regiones. En algunas partes del mundo en desarrollo los hombres pueden estar dispuestos a usar condones pero tienen dificultad en obtenerlos, especialmente en el caso de hombres jóvenes y de aquellos que tienen recursos limitados o viven en áreas rurales.

Violencia basada en el género

La violencia basada en el género es un serio problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en el mundo. Se ha identificado que las mujeres que sufren abusos tienen una probabilidad dos veces mayor que el resto de mujeres, a tener estados deficientes de salud, incluyendo la salud reproductiva, y de tener problemas tanto físicos como mentales. Las mujeres que sufren violencia también tienen un mayor riesgo de contraer ITS, incluido el VIH/SIDA.

¿Por qué no se ha dado mayor prioridad a la SSR?

La importancia de la SSR para alcanzar los objetivos internacionales de desarrollo no ha sido adecuadamente traducida en marcos de acción y mecanismos

**La violencia
basada en
el género
es un serio
problema de
salud pública
que afecta a
millones de
mujeres en
el mundo**

de monitoreo internacionales, regionales y nacionales. Los avances se han visto entorpecidos por la complejidad del concepto de SSR. Diferentes componentes de la SSR caen en el área de competencias de diferentes ministerios sectoriales, lo cual supone un desafío para la definición de respuestas nacionales debidamente coordinadas. En muchos casos, los y las responsables de planificación nacional están más y mejor informados sobre temas de economía del desarrollo que sobre los recientes avances analíticos del efecto de las estructuras de edad en la reducción de la pobreza. Los diferentes aspectos que abarca la SSR han sido distribuidos entre distintos ODM (salud materna, salud infantil, equidad de género, VIH/SIDA) y la planificación familiar no ha sido incluida dentro de los Objetivos, disminuyendo así la atención y el grado de prioridad que está recibiendo.

Las diversas justificaciones de la importancia de alcanzar una buena condición de SSR están relacionadas con la salud pública, los derechos humanos, prioridades morales, temas instrumentales relativos a las metas básicas del desarrollo (incluyendo vínculos y relaciones), y análisis institucionales. Sin embargo, diferentes sectores y grupos de interés centran su atención en distintos aspectos del conjunto de componentes de la SSR, lo cual hace más complicada su resolución y la movilización política en torno a los mismos. La planificación operativa frecuentemente se lleva a cabo en contextos que no acogen de manera favorable ni alientan la resolución de estas contiendas y de estas prioridades en conflicto. Los temas relativos a la sexualidad y a la reproducción son sensibles - están entrelazados en cuestiones culturales e ideológicas muy enraizadas en instituciones sociales e identidades personales. En muchos países, distintos grupos culturales tienen diferentes entendimientos y posiciones respecto a la SSR (y sobre la provisión de servicios asociados a ésta). Para evitar fracciones de tipo político, o por el estigma asociado a estos temas, a menudo se limita o minimiza su debate y la atención pública que reciben. Tan sólo en los últimos 10-15 años, la SSR se ha convertido en un tema aceptable para el debate y el consenso en el ámbito internacional.

El establecimiento de metas a alcanzar en un plazo de tiempo fijo para lograr los ODM, también desvía la atención de la agenda de SSR. Las metas y los indicadores en áreas clave como la igualdad entre los géneros se han definido en función de lo que resulta medible, tomando en cuenta cambios estimados para períodos cortos, en lugar de considerar los horizontes a más largo plazo necesarios para lograr procesos de transformación cultural y de transiciones demográficas. Además, se ha otorgado baja prioridad a los temas relativos a las mujeres. Los objetivos de reducir las disparidades de género en la educación no han sido alcanzados en el tiempo previsto. La mortalidad materna no ha recibido la prioridad ni la inversión necesarias.

Los enfoques de definición de prioridades en salud han minimizado la atención prestada a cuestiones de SSR. Dentro de un enfoque de salud que establece prioridades en función de la prevalencia de enfermedades, no se ha

Dentro de un enfoque de salud que establece prioridades en función de la prevalencia de enfermedades, no se ha reconocido la importancia de evitar los embarazos no planificados.

reconocido la importancia de evitar los embarazos no planificados. Las consecuencias de estos embarazos van más allá de la discapacidad individual, y tienen un fuerte impacto en la capacidad de participación social, en la salud familiar y en complejas cuestiones de empoderamiento. Por tanto, los réditos de las inversiones en SSR son difíciles de estimar y a menudo se omiten en los diálogos políticos.

El registro histórico de avances en materia de SSR, particularmente la ampliación del uso de anticonceptivos y el descenso global en la fecundidad, ha restado atención a la necesidad de sostener inversiones continuadas en esta área. El asumir que estos avances continuarán dándose a lo largo de la historia, ha resultado en una reducción de los gastos necesarios para lograr dichos avances. El cambio en las preocupaciones demográficas de los principales países donantes (por ejemplo, las reducciones en la fecundidad y el acelerado ritmo de envejecimiento de la población) también ha socavado parte del apoyo para iniciativas de países en desarrollo. Las políticas de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) de los donantes se orientan cada vez más al apoyo presupuestario directo, que no incluye fondos destinados a programas específicos, con lo cual áreas como la salud de las mujeres pueden quedar fácilmente fuera de los marcos de financiación. Los programas verticales para iniciativas específicas (por ejemplo, VIH/SIDA) permiten dar prioridad a ciertas intervenciones, pero a la vez pueden perjudicar la capacidad de fortalecimiento institucional de los sistemas de salud.

En los países en desarrollo la reforma del sector salud, que incluye a menudo el establecimiento descentralizado de prioridades, hace más compleja la labor de llevar a cabo acciones informativas y de incidencia política para asegurar la inclusión de temas relativos a la SSR. Las funciones centrales (como la operación de sistemas logísticos y el control de calidad de los servicios) requieren un compromiso de alto nivel y un marco político y normativo de respaldo.

Los debates internacionales sobre la SSR promueven un enfoque en salud pública orientado al logro de resultados; sin embargo, las personas responden a dimensiones y factores múltiples. Algunos temas siguen sujetos a fuertes y apasionados debates: el aborto, la SSR de los y las adolescentes y hasta la planificación familiar. Estos temas generan discusiones renovadas en cada conferencia intergubernamental relevante. Las políticas de los donantes tienen la capacidad de avanzar o sofocar estas discusiones y el desarrollo de programas de salud reproductiva.

La respuesta dada ante el VIH/SIDA constituye un buen ejemplo de las dificultades que surgen al abordar las cuestiones de SSR. Pese al rol predominante de la transmisión sexual en la expansión del virus, en el marco de los ODM, el VIH/SIDA está clasificado junto a otras enfermedades transmisibles (tuberculosis y malaria). La histórica separación entre las ITS (incluyendo el VIH/SIDA) y otros temas de salud reproductiva (incluso la planificación

Las tendencias poblacionales afectan el rumbo y las perspectivas de lograr una efectiva reducción de la pobreza.

familiar) tan sólo se está empezando a abordar recientemente en políticas, programas y prioridades de financiamiento.

El impacto del acceso universal a la SSR para el logro de los ODM

A parte de la importancia que tiene en y por sí misma, asegurar acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos es instrumentalmente crucial para lograr muchos de los ODM. Dinámicas poblacionales tales como el crecimiento de la población, los niveles de fecundidad y mortalidad, la estructura de edad y la distribución rural-urbana de la población, tienen una profunda influencia en el proceso de alcance de los ODM. Cada país en desarrollo tiene su combinación única de factores demográficos que afectan sus posibilidades de avanzar hacia el logro de los ODM.

La creación de desarrollo económico está ligada a incrementos en la productividad y en las inversiones en áreas como educación, nutrición y salud. Un momento óptimo en términos poblacionales, combinado con el descenso en las tasas de fecundidad, proporciona una oportunidad única para estimular el desarrollo económico, a medida que aumenta la fuerza de trabajo y disminuya la carga de dependencia en la sociedad. Sin embargo, este proceso requiere políticas que generen empleos para la creciente fuerza de trabajo. La carga de dependencia de la población joven en los países y las regiones menos desarrolladas crea una mayor demanda de recursos para y de inversión en educación, nutrición y salud, sólo para mantenerse al paso con el ritmo de crecimiento demográfico. Si se disponen los medios adecuados para que lleguen a darse, los descensos proyectados en las tasas de natalidad permitirán una mayor inversión en mejoras cualitativas.

Hasta la llegada de la epidemia del VIH/SIDA, se esperaba que los niveles de mortalidad continuaran decreciendo en todas las regiones. Sin embargo, esta tendencia se ha visto revertida en los países con mayor prevalencia de VIH/SIDA, especialmente en el África subsahariana. La esperanza de vida al nacer es más baja en las regiones en desarrollo que en las más desarrolladas, aunque se proyectan incrementos tanto en los países en desarrollo como en los países menos avanzados. Este incremento en la esperanza de vida dependerá de la implementación exitosa de programas para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA y de otras intervenciones en salud. Las migraciones, tanto internas como internacionales, también condicionan las perspectivas de avance hacia los ODM.

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Las tendencias poblacionales afectan el rumbo y las perspectivas de lograr una efectiva reducción de la pobreza. En varias regiones del mundo las diversas y cambiantes dinámicas demográficas han tenido efectos drásticos. África subsahariana permanece atrapada en un círculo de pobreza en el que factores demográficos como la alta fecundidad, la elevada mortalidad infantil y de

menores, y la excesiva mortalidad de personas adultas (incluyendo las muertes por VIH/SIDA) tiene un peso significativo. Asia oriental, en cambio, ha experimentado descensos radicales en el número de personas que viven en situación de pobreza de ingresos. Análisis recientes sugieren que entre el 25 y el 40 por ciento del crecimiento económico puede atribuirse a los efectos de la reducción de la mortalidad (la salud afecta la productividad) y del descenso de la fecundidad (que permite intensificar la inversión en capital humano). Al nivel de la sociedad surge una oportunidad singular y única cuando la proporción de población en edad de trabajar (15-60) es mayor que la población joven y mayor más 'dependientes'. Sin embargo, beneficiarse de este bono demográfico no está garantizado; es una oportunidad y a la vez un desafío que depende del establecimiento e implementación de prioridades, políticas y estrategias acertadas.

Cuando en una sociedad existen instituciones que permiten el flujo acelerado de información, se posibilita la divulgación amplia de información acerca de los beneficios de tener familias más pequeñas. También se facilita el flujo de información y opiniones sobre los réditos de invertir en los hijos e hijas, y se reconoce más rápidamente el incremento en las posibilidades de supervivencia de cada niño y niña, lo que a su vez disminuye la motivación para que persista una alta fecundidad, basada en la necesidad de apoyar a las personas mayores. Sin embargo, la mayor diferencia entre las familias de más ingresos y las familias empobrecidas no está en el tamaño de familia deseado o considerado ideal, sino en la capacidad de cada una de ellas de implementar sus preferencias reproductivas. El acceso de las poblaciones empobrecidas a los servicios puede verse desfavorablemente afectado en función de la ubicación de las clínicas y centros de salud, de los horarios de atención y del cobro a los y las usuarias por la prestación de servicios. Por lo tanto, el bono demográfico opera no sólo en el nivel macroeconómico, sino también en los micro-niveles de la comunidad y la familia. Los altos niveles de fecundidad contribuyen a la perpetuación de la pobreza de manera directa porque reducen las oportunidades de las mujeres, diluyen los gastos en educación y salud para la niñez, impiden el ahorro y aumentan la vulnerabilidad e inseguridad.

Los programas de SSR pueden contribuir a mejorar el estado nutricional de las mujeres y de sus hijos e hijas, y a avanzar en la consecución de las metas relativas al hambre y a la salud materna e infantil. Los programas de alimentación complementaria para mujeres embarazadas; su mejor conocimiento sobre sus necesidades nutricionales y los de sus hijos e hijas; y dotar a las mujeres de mayor poder para negociar el acceso a la alimentación necesarias, deben formar parte de toda estrategia de intervenciones múltiples. Los embarazos poco espaciados y los altos niveles de fecundidad asociados a ellos, ponen a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad a la anemia y a otras condiciones de desnutrición absoluta y relativa.

**Las familias
más
numerosas
tienen fuertes
incentivos
para mantener
a los hijos –
especialmente
a las niñas
– en la casa
y fuera de
la escuela.**

El progreso en aliviar el hambre también requiere esfuerzos dirigidos al incremento de la productividad agrícola. La acción cooperativa en el nivel comunitario puede asegurar acciones para el mejoramiento de los suelos, un mejor manejo del agua, y otros componentes de un enfoque integral de productividad agrícola. Sin embargo el crecimiento poblacional acelerado, agravado por deseos fecundidad alta y/o la deficiente implementación del tamaño familiar preferido, puede conllevar la partición de propiedades agrícolas, lo que a su vez puede reducir los beneficios de intervenciones destinadas a aumentar su productividad.

Objetivo 2: Lograr la educación primaria universal

La SSR tiene un claro impacto en distintos niveles de la educación de maneras similares e interconectadas. Por ejemplo, en cualquier momento de su vida estudiantil, puede que una niña deje de ir a la escuela para dedicarse a cuidar de sus hermanos. Y esto es más probable que ocurra a medida que aumenta el tamaño de la familia. Por otro lado, la deserción escolar relacionada con el embarazo puede darse en cualquier nivel educativo, incluso durante la educación primaria.

Muchos estudios empíricos han hallado que la asistencia escolar de un niño o niña tiene una relación inversamente proporcional al número de hermanos/as con quienes vive. Las familias más numerosas tienen fuertes incentivos para mantener a los hijos – especialmente a las niñas - en la casa y fuera de la escuela. Estos estudios también evidencian que la brecha de género en el acceso al sistema educativo se explica en parte por la preferencia de los padres y las madres por enviar a los niños varones a la escuela, ante una situación familiar de escasez de recursos. Por lo tanto, las disparidades de género en la educación deberían disminuir con la reducción del tamaño de la familia. Y aún así, el efecto estimado del tamaño familiar es relativamente pequeño en comparación con otros factores: el nivel educativo de los padres y las madres marca una enorme diferencia en el aumento de la escolarización de las niñas.

A medida que los Estados subsidian la educación, el efecto que la disponibilidad de recursos familiares tiene en la matriculación de los hijos y las hijas en la escuela se torna menos crítico. Sin embargo, el tamaño de la familia sí afecta el grado de logro educativo: es más probable que los hijos y las hijas mayores de familias más numerosas salgan antes de la escuela, debido al gasto que su escolarización supone y a su creciente capacidad para contribuir a las responsabilidades del hogar. Las mayores inversiones en el futuro y bienestar de los hijos y las hijas, incluida la educación, frecuentemente se dan en hogares en los que son las madres quienes tienen mayor control sobre los gastos.

Los y las adolescentes y jóvenes en los países en desarrollo tienen relaciones sexuales a edades tempranas. El creciente lapso de tiempo entre el inicio de la menstruación y el matrimonio también aumenta la exposición a riesgos de embarazo. El incremento en el porcentaje de niñas que asisten a la escuela

Implicar a los hombres en mejorar la condición de SSR es crucial para promover la igualdad entre los géneros y mejorar su salud reproductiva.

después de la pubertad conlleva inevitablemente un mayor riesgo de embarazo entre las estudiantes. El precio que paga una chica que sigue en la escuela si se sabe que está embarazada, es alto. Una estudiante embarazada a menudo debe escoger entre abandonar sus estudios o someterse a un aborto, que normalmente suele ser ilegal, y por lo tanto realizado en condiciones de riesgo. El chico que se ve inmerso en la misma situación de embarazo que vive la chica, no corre los mismos riesgos que ella. La reducción de deserciones escolares por embarazo puede marcar una diferencia tan grande que bien merece toda la atención política necesaria; sus réditos serían probablemente mayores en países que ya empezaron a abordar la discriminación de género y en los países con niveles medios de desarrollo económico. El matrimonio temprano también se asocia al embarazo adolescente. Las chicas jóvenes casadas, a diferencia de las solteras, ven sus redes sociales restringidas; tienen menor movilidad; menos oportunidades de generar ingresos; están expuestas a mayores riesgos para su salud; y registran niveles más altos de fecundidad total.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Garantizar acceso universal a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos es esencial para lograr la igualdad entre los géneros. Implicar a los hombres en mejorar la condición de SSR es crucial para promover la igualdad entre los géneros y mejorar su salud reproductiva.

Garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos es fundamental para asegurar que niñas y mujeres tengan vidas más largas y saludables, y tiene un efecto directo y drástico en su bienestar. Los servicios de SSR sirven para promover la toma de decisiones voluntarias, seguras y saludables en materia de sexualidad y reproducción. Para lograrlo, deben ir más allá de la mera provisión de información y servicios de planificación familiar y deben incluir acciones para combatir la violencia basada en el género, la coerción sexual y la ablación genital femenina.

La violencia basada en el género, en particular, tiene un profundo impacto en el bienestar de las mujeres, y se manifiesta de muchas maneras: sexo forzado en el matrimonio y el noviazgo, violación por desconocidos, violación sistemática en conflictos armados, acoso sexual, abuso sexual de menores, prostitución forzada y tráfico sexual, matrimonio de niñas y actos violentos en contra de la integridad sexual de una mujer (tales como ablación o los exámenes de virginidad). La violencia sexual puede conllevar graves traumas emocionales y problemas de salud mental al largo plazo.

El tráfico sexual es un problema creciente. Cada año unas 800.000 personas son víctimas del tráfico internacional; el 80 por ciento son mujeres y niñas que son compradas y vendidas en todo el mundo, principalmente como objetos de comercio sexual. Estas cifras no incluyen a las muchas mujeres y niñas con las que se trafica dentro de sus propios países.

Los niños y las niñas de madres muy jóvenes tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones al nacer.

Se estima que entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas, la mayoría de ellas en África, los países árabes y Asia, han sido sometidas a la ablación. Este rito de paso puede causar hemorragias, infecciones e inclusive la muerte, y expone a las jóvenes a un trauma físico y emocional grave y duradero. Los riesgos crónicos para la salud a largo plazo incluyen las infecciones urinarias constantes, infecciones del tracto reproductivo y dolores menstruales más severos. Finalmente, con esta práctica se destruye gran parte de la capacidad de las mujeres de experimentar placer en las relaciones sexuales.

El matrimonio temprano ocurre en formas muy diferentes y tiene diversas causas que van desde la observancia de tradiciones ancestrales, hasta la voluntad de proteger a las niñas de embarazos no planificados o fuera del matrimonio, o de reforzar lazos entre familias y comunidades. Como sea, el matrimonio de las niñas por coerción o antes de que tengan una edad suficiente para dar su consentimiento pleno y libre, no solamente es dañino para su salud y bienestar sino que también supone una violación a sus derechos humanos, estipulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en otros instrumentos de derechos humanos.

Permitir que una mujer satisfaga su deseo de espaciar o limitar el número de hijos e hijas, le permite encontrar un mayor equilibrio entre sus responsabilidades en el hogar (que incluye la crianza de los hijos o hijas) y las actividades que realiza fuera del hogar, como las actividades económicas, políticas y educativas. Una de las transformaciones más drásticas que se ha dado en los procesos de desarrollo en los últimos 30 años ha sido el creciente papel de las mujeres en la fuerza de trabajo, impulsado y catalizado en gran parte por la capacidad de controlar su fecundidad y, por ende, de determinar sus vidas y carreras a lo largo del ciclo de vida.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

El papel de la madre y la fecundidad son factores determinantes para la salud y la supervivencia en la niñez. Los niños y las niñas de madres muy jóvenes tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones al nacer. De modo similar, los niños y las niñas que nacen sin un suficiente espaciamiento temporal también están en mayor riesgo de tener una salud debilitada. Cuando la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos es menor al 10 por ciento, el promedio de mortalidad infantil es de 100 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; cuando la prevalencia es de entre 10 y 29 por ciento, la mortalidad infantil es de 79 por 1.000; y cuando supera el 30 por ciento, es de 52 por 1.000.

Los niños y las niñas de madres adolescentes tienen una probabilidad de morir durante su primer año de vida dos veces mayor a la de los que nacen de mujeres de entre 20 y 39 años. Las madres adolescentes jóvenes tienen un riesgo más alto de sufrir complicaciones serias porque muchas veces sus cuerpos aún no han madurado plenamente. También es mucho más probable que tengan hábitos nutricionales más pobres y que no busquen la adecuada atención pre-

La muerte de una mujer por causas prevenibles durante el parto es una tragedia. Esta tragedia se agrava cuando el embarazo ni siquiera fue deseado.

natal y posparto, lo que conlleva tasas más altas de bajo peso al nacer, desnutrición y estados débiles de salud en sus hijos e hijas.

El espaciamiento de los nacimientos es una medida clave para salvar la vida tanto de las madres como de los niños y niñas. En comparación con los infantes que nacen menos de dos años después del último parto de la madre, los niños y las niñas que nacen con espaciamientos de entre tres y cuatro años tienen mayor probabilidad de sobrevivir hasta los cinco años. En los países menos desarrollados, si no se dieran nacimientos durante los 36 meses posteriores al último parto, la tasa de mortalidad infantil caería en un 24 por ciento y la tasa de mortalidad en menores de 5 años caería en un 35 por ciento. En números absolutos, esto equivaldría a 3 millones de menores de cinco años, o aproximadamente al 30 por ciento del total de la mortalidad en la niñez. Además, un mínimo de tres años de espaciamiento entre nacimientos contribuye a optimizar el desarrollo cognitivo y social en la niñez.

Es más probable que las mujeres que tienen nacimientos poco espaciados discontinúen la lactancia demasiado pronto, aumentando así el riesgo de mortalidad infantil. La lactancia protege a neonatos e infantes de enfermedades infecciosas y crónicas – incluso de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas – y les ayuda a recuperarse más rápidamente de una enfermedad. La lactancia intensiva a demanda también previene el embarazo inmediatamente después de un parto, ya que demora el reinicio de la menstruación. Promover la lactancia exclusiva es una prioridad global, importante para mejorar la salud de los infantes. Una madre VIH-positiva puede reducir el riesgo de transmisión posparto del virus cuando alimenta exclusivamente a su bebé con leche materna, en lugar de dar una alimentación mixta.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Cada año más de medio millón de mujeres mueren a causa de complicaciones prevenibles del embarazo y el parto. Ampliar el acceso a la SSR podría disminuir la mortalidad y morbilidad causadas por el parto y el embarazo. La muerte de una mujer por causas prevenibles durante el parto es una tragedia. Esta tragedia se agrava cuando el embarazo ni siquiera fue deseado. Como sostiene el Grupo de Trabajo sobre Salud Infantil y Salud Materna, el mejoramiento de la salud materna requiere políticas e intervenciones que vayan más allá de la reducción de la mortalidad materna.

Alrededor de 201 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna, lo que hace más probable que experimenten embarazos de alto riesgo o no planeados y por lo tanto, complicaciones en el embarazo, en el parto o por un aborto realizado en condiciones de riesgo. Entre las mujeres casadas en edad reproductiva, el deseo de espaciar los nacimientos supuso entre el 33 y el 75 por ciento de la demanda de servicios de planificación familiar. Las mujeres jóvenes, especialmente, desean postergar su siguiente embarazo y dejar intervalos de tiempo más largos entre nacimientos. Algunas mujeres

también quieren postergar su primer parto, pese a que demasiado a menudo se asume que las mujeres desean tener su primer hijo o hija inmediatamente después de casarse. El fracaso en ayudar a que las mujeres puedan cumplir su deseo de espaciar los nacimientos se explica en parte por las limitaciones socio-culturales impuestas a la condición de la mujer y otras restricciones al acceso a servicios de salud.

La atención obstétrica integral, básica y de emergencia, es esencial para reducir la mortalidad materna. Pese al avance logrado en la última década, apenas alrededor del 70 por ciento de los partos en los países en desarrollo son precedidos por una sola visita prenatal. La anemia durante el embarazo y el parto aumenta los riesgos de mortalidad y morbilidad maternas y también afecta negativamente la salud infantil, aumentando la probabilidad de nacimientos prematuros y con bajo peso al nacer. Reducir las demoras al recibir atención de emergencia (demoras en la toma de la decisión de buscar ayuda, en llegar a un servicio y en recibir la atención adecuada al llegar) puede mejorar drásticamente la supervivencia. La atención posparto, que suele estar menos disponible que la atención prenatal, contribuye a la salud y supervivencia neonatal y brinda una oportunidad para ofrecer consejería sobre planificación familiar.

Las altas tasas de embarazos no planificados se asocian a una mayor incidencia del aborto y específicamente de abortos realizados en condiciones de riesgo, que ponen a las mujeres en una situación de mayor riesgo de muerte y discapacidad. Esto afecta especialmente a las mujeres jóvenes, dado que dos de cada tres abortos en condiciones de riesgo se dan en mujeres de entre 15 y 30 años, y el 14 por ciento en mujeres menores de 20 años. Cuando el aborto es legal, la seguridad del procedimiento tampoco está asegurada, ya que a menudo es realizado por proveedores no capacitados, o emergen otras barreras que dificultan un amplio acceso a servicios seguros. La evidencia indica que hay una fuerte correlación entre las leyes y políticas relativas al aborto, la realización del aborto en condiciones más seguras y la reducción de la mortalidad materna.

La falta de uso o de acceso a anticonceptivos es una de las principales causas del embarazo no deseado: más de la mitad de las mujeres en el mundo en desarrollo están en riesgo porque usan métodos tradicionales (que tienen una alta incidencia de falla), usan métodos reversibles que requieren la provisión regular de insumos, o no usan ningún método. El uso correcto y consistente de métodos anticonceptivos y el acceso a la anticoncepción de emergencia pueden reducir significativamente la necesidad de recurrir al aborto y mejorar la salud materna en general.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Hacer frente a las necesidades en materia de SSR y a la lucha contra el SIDA, la malaria y otras enfermedades, requiere disponer de medicamentos esenciales a nivel nacional. Globalmente, el 80 por ciento de los casos de VIH son transmitidos por vía sexual. Sólo una de cada cinco personas que están en riesgo de

Sólo una de cada cinco personas que están en riesgo de contraer el VIH, tiene acceso a servicios básicos de prevención

contraer el VIH, tiene acceso a servicios básicos de prevención, lo que podría prevenir 29 de los 45 millones de nuevas infecciones que se proyecta que ocurrirán en esta década. Las pruebas, consejería, tratamiento y atención llegan a una proporción aún más pequeña de personas afectadas.

Usar siempre y correctamente el condón ha probado ser efectivo para reducir la incidencia del VIH en un 80 por ciento; el uso correcto y consistente del condón es un componente clave en cualquier estrategia nacional de prevención, para reducir la exposición sexual al VIH. Los otros componentes incluyen postergar la iniciación sexual, la abstinencia y la reducción del número de parejas sexuales. Sin embargo, sigue habiendo un gran déficit en la disponibilidad de condones en muchos países en desarrollo, y será necesario realizar inversiones a gran escala en programas educativos y de concientización para promover y desestigmatizar el uso del condón entre hombres y mujeres.

Las subyacentes dinámicas de poder entre mujeres y hombres en muchos países en desarrollo impiden que las mujeres tengan acceso a condones, y que puedan insistir en usarlos. Tener relaciones sexuales desprotegidas con un marido que no es monógamo aumenta sustancialmente la probabilidad de una mujer de exponerse al VIH. Un paso importante al abordar estas dinámicas de poder es asegurar acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y que los programas de los servicios de planificación familiar se dirijan activamente a los hombres. Los servicios de SSR incluyen la consejería (tanto para mujeres como para hombres) la cual puede contribuir a reducir la exposición a comportamientos sexuales de riesgo que incrementan las posibilidades de que una persona contraiga el VIH (o lo transmita a otras).

En el mundo, en el año 2003 un estimado de 630.000 infantes fueron infectados por el VIH durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto, o como resultado de la lactancia materna. Muchas de estas infecciones podían haberse evitado si las madres hubieran tenido acceso al régimen de prevención de la transmisión de madre a hijo/a. Los servicios ampliados de SSR pueden proveer un paquete integrado de servicios que incluya consejería sobre la transmisión y prevención del VIH, apoyo psicológico y social, y tratamiento anti-retroviral para madres VIH-positivas. Los servicios de anticoncepción voluntaria para ayudar a las mujeres VIH-positivas a evitar embarazos no deseados deberían ser un componente central de las estrategias costo-efectivas de prevención a nivel nacional.

La prevención y el tratamiento de ITS no sólo son importantes por sí mismas, sino que también constituyen componentes esenciales de las estrategias para reducir la transmisión del VIH. Al ser más a menudo asintomáticas, las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones de ITS; además son menos propensas a buscar tratamiento aún cuando padecen los síntomas. Las mujeres con ITS también tienen mayor probabilidad de sufrir infertilidad, y de ser estigmatizadas e incluso abusadas y abandonadas.

Los servicios ampliados de SSR pueden proveer un paquete integrado de servicios que incluya consejería sobre la transmisión y prevención del VIH, apoyo psicológico y social, y tratamiento antiretroviral para madres VIH-positivas.

El embarazo reduce la inmunidad de las mujeres a la malaria, lo que puede conllevar un empeoramiento de la salud e incluso la muerte de la madre. La malaria también supone un mayor riesgo de dar a luz a mortinatos y a bebés con bajo peso, con las subsecuentes complicaciones que conlleva para el infante. Las mujeres VIH-positivas registran mayor frecuencia y densidad de parasitemia, y las mujeres con ambas infecciones tienen más anemia y problemas con los nacimientos que las mujeres que sólo padecen o malaria o VIH. Garantizar el acceso universal a servicios de SSR ayudaría a asegurar que las mujeres embarazadas en riesgo de sufrir malaria reciben tratamiento efectivo.

Objetivo 7: Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

A lo largo del último siglo, y a media que ha crecido la escala de necesidades y actividades humanas, el crecimiento poblacional ha puesto cada vez mayor presión sobre los recursos naturales. El crecimiento poblacional, entre otros factores, ha conducido a la expansión de las tierras cultivadas, la intensificación de actividades agrícolas, la extensión descontrolada de zonas habitadas y el uso excesivo de agua y recursos forestales.

El crecimiento poblacional es un motor indirecto de la degradación ambiental. Forma parte de una dinámica compleja en la que interactúan la pobreza, la desigualdad, los niveles de consumo, y el fracaso de las políticas y los mercados. Las poblaciones que viven en países con escasos recursos naturales y con menos medios para invertir en salud, educación y planificación familiar, están creciendo más rápidamente que la población mundial en general, ejerciendo así todavía mayor presión sobre estas zonas que suelen ser biológicamente frágiles.

La sostenibilidad ambiental debe ser el resultado de programas de conservación biológica, de avances tecnológicos y de un esfuerzo amplio de desarrollo humano. Las prioridades de desarrollo deben incluir inversiones en educación y salud, incluyendo la SSR, para romper el círculo vicioso de crecimiento poblacional y vulnerabilidad ambiental.

Se estima que la población urbana mundial crecerá de 2.100 millones en el año 2000 a 5.000 millones en el 2030. Se requiere acción urgente para disminuir el ritmo de crecimiento de nuevos tugurios y barrios empobrecidos, y para mejorar las vidas de las poblaciones que los habitan. Los sectores empobrecidos de las ciudades necesitan que los servicios de SSR estén integrados dentro de un sistema de salud accesible y funcional. La tasa de fecundidad de las mujeres que viven en zonas rurales suele ser más alta que la de las mujeres que viven en zonas urbanas. Sin embargo, las mujeres empobrecidas que viven en zonas urbanas tienen tasas de fecundidad bastante más altas que las mujeres con más ingresos que también viven en ciudades. La necesidad insatisfecha de anticoncepción entre los sectores urbanos empobrecidos es también más alta que la de poblaciones urbanas de más ingresos, aunque sigue siendo más baja

La mortalidad materna es generalmente más elevada en áreas rurales que urbanas.

que en las poblaciones de áreas rurales. La mortalidad materna es generalmente más elevada en áreas rurales que urbanas.

Tanto las poblaciones rurales como las poblaciones urbanas empobrecidas carecen de acceso a centros de salud modernos. Sin embargo, mientras que las poblaciones rurales se ven más afectadas por la distancia hasta los servicios, las poblaciones urbanas enfrentan otras barreras, como el coste de transporte y el cobro de los servicios a los usuarios. Para que los y las residentes de barrios empobrecidos puedan gozar de una mejor condición de SSR, es necesario realizar muchas mejoras. El VIH/SIDA constituye una grave preocupación sanitaria en las ciudades, contexto en el que se incrementan algunos factores de riesgo, y en el que los y las adolescentes pueden enfrentar mayores retos para llevar vidas sexuales saludables.

Objetivo 8: Fomentar una alianza global para el desarrollo

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) fue la primera conferencia internacional que estimó la cantidad de recursos necesarios para lograr el plan de acción acordado. Se calculó la cantidad de recursos necesarios para cuatro componentes: planificación familiar; salud reproductiva; ITS y VIH/SIDA; e investigación básica, análisis y recolección de datos en materia de población y desarrollo. Cada uno de estos componentes debía ser integrado dentro de los programas nacionales básicos de población y de salud reproductiva.

Es importante reconocer que las estimaciones del Programa de Acción no incluyeron todos los temas planteados en la conferencia, y que todavía se necesitan recursos adicionales para otros objetivos y metas (posteriormente incorporados en los ODM) como el empoderamiento y la mejora de la condición de la mujer, y el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de la salud.

Sin embargo, los recursos aportados por los donantes ni tan siquiera alcanzan las metas de financiación acordadas en la CIPD. A pesar de que se ha dado un aumento paulatino del financiamiento de actividades de población, cabe mencionar que esta tendencia se debe principalmente a la asignación de un mayor flujo de recursos a actividades relacionadas con el VIH/SIDA. Y lamentablemente, esto ha ocurrido a costa de los montos disponibles para otras áreas de asistencia en población. La planificación familiar ha recibido menor atención desde la CIPD y su financiación, como parte de la asistencia total en actividades de población, disminuyó del 56 por ciento en el año 1995 al 13 por ciento en 2003.

La cantidad de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) que los países donantes destinan a actividades de población varía. En 2003 sólo cinco países destinaron más del 4 por ciento de su AOD a actividades de población (tal y como se acordó en la CIPD). Las actividades de población de los países en desarrollo también reciben ayuda exterior de otras entidades distintas de los países donantes. Los bancos de desarrollo, especialmente el Banco Mundial,

La voluntad política de actuar y el monitoreo intensivo del progreso realizado, pueden acelerar los avances.

fundaciones y organizaciones no gubernamentales (ONG), también aportan recursos importantes. Los aportes provenientes del pago directo de los servicios por parte de los usuarios también suponen una gran proporción del total de los recursos financieros internos. Pese a que el gasto nacional en actividades de población ha aumentado, muchos países en desarrollo (particularmente los países más empobrecidos) aún requieren un flujo adecuado de AOD. Dentro del plazo de tiempo establecido por los ODM, estos países no pueden alcanzar un nivel de financiamiento interno sostenible que se acerque siquiera a dos tercios del costo de las actividades de población.

Proporcionar acceso a medicamentos e insumos de salud reproductiva es crucial para la consecución de los ODM y la mejora de la salud en los países en desarrollo. La seguridad en la provisión de insumos de salud reproductiva significa asegurar la disponibilidad y la existencia de una gama de opciones de insumos tales como anticonceptivos (incluyendo condones), suministros para la salud materna y aquellos necesarios para el tratamiento y la prevención del VIH/SIDA y otras ITS. Es necesario hacer llegar estos suministros a poblaciones tanto de ámbitos rurales como urbanos, empobrecidas y de mayores ingresos, a jóvenes y a mayores, y a mujeres y hombres. Resulta crucial desarrollar la capacidad nacional para asegurar proyecciones sostenibles, arreglos logísticos, financiamiento, adquisiciones, almacenamiento, monitoreo de existencias, distribución de suministros, y capacitación y gestión de recursos humanos.

Qué hay que hacer

En el Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005 (UN 2005b), los líderes mundiales recomendaron incorporar la SSR dentro de las estrategias nacionales y de los programas regionales e internacionales para lograr los ODM. Esta recomendación también fue emitida por el sector salud en la Asamblea Mundial de la Salud.

La voluntad política de actuar y el monitoreo intensivo del progreso realizado, pueden acelerar los avances. La voluntad política debería expresarse tanto en compromisos de alto nivel que legitimen y avalen las prioridades, como en la movilización de apoyos comunitarios.

Acción 1: Integrar los análisis y las inversiones en SSR dentro de las estrategias nacionales de reducción de la pobreza

Los planes nacionales de desarrollo deben basarse en evaluaciones de las necesidades para el logro de los ODM que incluyan aspectos de población y de SSR. Estos análisis deben ofrecer un diagnóstico de la situación actual y también proyecciones de dinámicas de grupos de población clave en los que se centran las intervenciones prioritarias. Esto permitirá orientar las inversiones para alcanzar las metas de cobertura y reflejar los réditos que se esperan de ellas.

La atención a la SSR plantea desafíos especiales dado que las necesidades varían sustancialmente a lo largo del ciclo de vida de las personas y entre poblaciones distintas

Hasta la fecha, estos temas no han sido adecuadamente incorporados en los ejercicios de planificación, los cuales no hacen adecuada mención y referencia a las actuales estrategias de población o SSR. Esto es así, a pesar de que las inversiones en programas de planificación familiar voluntaria, por ejemplo, contribuirían a reducir el total de recursos necesarios para avanzar hacia el logro de los ODM de salud, y brindarían beneficios adicionales.

La selección de indicadores para monitorear el progreso hacia una buena condición de SSR en los niveles nacional, regional y global, puede ayudar a enfocar las prioridades de acción.

Acción 2: Integrar los servicios de SSR dentro del fortalecimiento de los sistemas de salud

Los programas de planificación familiar empezaron a implementarse como sistemas organizados de forma vertical, y con la garantía del apoyo financiero de distintos donantes, lo que ofrecía ciertas ventajas y desventajas. La CIPD emplazó a ubicar todos los servicios de SSR – incluida la planificación familiar – dentro de los sistemas regulares de salud. Posteriormente, los países modificaron sus programas para integrar mejor estos servicios dentro del sistema de atención primaria de salud. Es necesario disponer de un marco sistemático para la integración que oriente el diseño de programas y el monitoreo de operaciones.

Como marco para guiar la integración, se propone la intervención en servicios, y trabajar desde un enfoque de atención continua, centrado en la persona a lo largo de todo su ciclo de vida. Para asegurar este nivel de calidad, es esencial disponer de sistemas efectivos de información y referencia, y de unidades de prestación de servicios bien equipadas y funcionales.

Anteriores experiencias de integración de servicios han demostrado que es crucial garantizar mayor pericia y competencia en el área de gestión. A medida que los servicios se tornan más integrales y complejos, aumenta la carga de trabajo de monitoreo, evaluación y rendición de cuentas. Debe prestarse adecuada atención a la SSR, a la retención y el fortalecimiento de capacidades especializadas, y al mejoramiento de los sistemas de logística y de adquisiciones. Las intervenciones en SSR pueden ser asignadas a diferentes actores tanto dentro como fuera del sistema clínico de salud.

Para lograr una integración efectiva hay que priorizar la satisfacción de las necesidades de los y las usuarias de los servicios; brindarles la información adecuada; llevar a cabo ejercicios de planificación y monitoreo realistas y específicos; disponer de equipos de profesionales motivados y competentes y gestionarlos con flexibilidad, dentro de sistemas sólidos de salud. La atención a la SSR plantea desafíos especiales dado que las necesidades varían sustancialmente a lo largo del ciclo de vida de las personas y entre poblaciones distintas, y dado que los distintos servicios de SSR que deben ofrecerse en diferentes niveles del sistema de salud, deben estar interconectados.

Debe lograrse una efectiva integración de los servicios de SSR con los sistemas de prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA, para acelerar el avance en toda la gama de temas relativos a la SSR.

Acción 3: Recolección sistemática de datos

La gestión efectiva de servicios de salud integrados, que incluyan componentes de SSR, requiere de inversiones en servicios y en bases de datos de resultados. El desarrollo de este tipo de sistemas ha sido complejo en determinados contextos. Más allá de las necesidades de información para la gestión en salud, no se ha dispuesto de la información básica para que los distintos sectores implicados puedan rendir cuentas en relación a una serie de temas de población y SSR. Estos incluyen la educación y la salud reproductiva, dentro de cada contexto sociocultural, para el comportamiento sexual y reproductivo; dinámicas poblacionales y las necesidades de las personas jóvenes; los procesos de urbanización y la migración; el deterioro de las condiciones rurales y agrícolas; bolsas de pobreza; roles y relaciones entre los géneros y los sistemas de creencias; y datos desagregados por género para tener mayor claridad sobre los aportes económicos de las mujeres a la sociedad, incluyendo su papel como gestoras y su trabajo no remunerado en la familia y en los sectores informales.

Algunas de las intervenciones estratégicas para disponer de los datos necesarios para la toma de decisiones y la rendición de cuentas, son: la definición de un paquete básico de necesidades de información en salud; la negociación de mecanismos efectivos de rendición de cuentas entre donantes y autoridades nacionales; la formalización de lazos de colaboración entre entidades gubernamentales y otros agentes nacionales clave (como ONG e instituciones nacionales de investigación); y las inversiones para mejorar la capacidad técnica de las personas a cargo. El desarrollo de estos sistemas debe orientarse a la atención de las necesidades específicas en los niveles nacional, regional y provincial.

Acción 4: Acciones en el marco de la Iniciativa de impacto rápido de la salud reproductiva

El Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas ha identificado intervenciones clave para acelerar el avance hacia la consecución de todos los ODM, que pueden generar resultados dentro de plazos de tiempo relativamente cortos. La Iniciativa de impacto rápido de la salud reproductiva consta de dos componentes: (1) mejora del acceso a información y servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, y (2) reducir el déficit financiero para la adquisición de suministros, insumos y los gastos logísticos.

Hoy en día el conocimiento sobre planificación familiar es amplio, aunque sigue habiendo muchas ideas equivocadas y lagunas de información acerca de este y otros temas de SSR. Estos vacíos son especialmente graves entre la gente joven e incluyen la falta de conocimiento sobre la transmisión del VIH/SIDA.

Brindar servicios de atención a la SSR de calidad conduce a una mayor aceptación de los métodos anti-conceptivos y de otros servicios de SSR, y a tasas más bajas de abandono de métodos.

Las razones por las que no se utilizan los servicios son diversas y varían en función de cada contexto. Las soluciones que se propongan deben adaptarse a las circunstancias de cada país porque no existe una metodología única que sirva para cualquier contexto. Además de abordar las necesidades insatisfechas de planificación familiar, hay que mejorar la calidad de la atención brindada. Esto incluye la provisión de una amplia gama de métodos entre los que escoger; cubrir las necesidades de información; disponer de personal técnicamente competente y de instalaciones equipadas; fomentar relaciones adecuadas y sensibles entre prestadores y usuarios de servicios; alentar la continuidad del seguimiento; y la provisión de una constelación integral de servicios. Brindar servicios de atención a la SSR de calidad conduce a una mayor aceptación de los métodos anticonceptivos y de otros servicios de SSR, y a tasas más bajas de abandono de métodos. El mayor empleo de trabajadores de salud comunitarios para la provisión de una gama de módulos de servicios, requerirá mayores esfuerzos de capacitación y refuerzos para garantizar la calidad de la atención brindada.

Las proyecciones indican que la demanda de anticonceptivos aumentará de forma drástica durante el lapso de tiempo establecido para el logro de los ODM. Esto será resultado del crecimiento poblacional, del actual atraso en responder a ciertas necesidades desatendidas, y de la disminución del tamaño de familia deseado. La región de Asia y el Pacífico requerirá la mayor porción de recursos para anticonceptivos, medicamentos e insumos médicos, aunque se proyecta que el mayor aumento – 161 por ciento – se dé en África.

La Coalición para los Insumos de Salud Reproductiva trabaja para fortalecer los sistemas de provisión de insumos; fomentar la apropiación nacional y la asunción del compromiso tanto político como financiero, de garantizar insumos de salud reproductiva; mejorar el intercambio de información de disponibilidad y necesidades; mejorar la coordinación entre subministradores internacionales y los equipos de gestión de insumos nacionales; y ampliar los mercados para la oferta del sector privado a determinados segmentos de la población. Este esfuerzo requiere mejorar la capacidad nacional y de respuesta urgente ante el agotamiento de existencias y otras crisis de insumos. Al asignar fondos nacionales para la compra de insumos de SSR, los países están mandando un importante mensaje que puede alentar nuevas respuestas por parte de los donantes. Es preciso realizar un esfuerzo coordinado para incrementar los recursos tanto nacionales como internacionales, y debe destinarse una buena parte de los mismos al fortalecimiento de las instituciones nacionales. Estos esfuerzos deberían incluir un mejor flujo de comunicación con los agentes locales (gubernamentales y no gubernamentales) sobre la evolución de la demanda y la calidad y fiabilidad de la oferta.

Es necesario incorporar de forma efectiva los suministros de SSR en los sistemas nacionales de entrega de productos farmacéuticos y medicamentos esenciales. Cuando los sistemas de gestión logística son múltiples y están mal

En los procesos de planificación de desarrollo, no se presta suficiente atención a las mujeres y los hombres jóvenes.

coordinados, se reducen su eficiencia y eficacia. Hay herramientas de gestión que pueden servir de apoyo técnico a estos esfuerzos nacionales.

Para mejorar el acceso y el uso de servicios de planificación familiar debe prestarse especial atención programática a eventos clave en el ciclo de vida de las personas, en los cuales la demanda y la receptividad hacia los servicios de SSR son mayores. Por ejemplo, ofertar servicios de planificación familiar dentro de la atención posaborto, posparto, post-infección (de ITS, incluido el VIH/SIDA), después de la muerte de un hijo, y después de la pubertad/iniciación.

Acción 5: Responder a las necesidades de poblaciones especiales

Dado que las necesidades de diferentes grupos de población son distintas – tanto en los riesgos que enfrentan como en los programas necesarios para abordarlos – cada vez se presta mayor atención al desarrollo de servicios destinados a grupos específicos de usuarios y usuarias. Estos grupos incluyen poblaciones como los y las jóvenes que no están casados, las personas que viven en situaciones de pobreza, las poblaciones rurales, y las mujeres que acaban de tener un parto o un aborto.

Adolescentes

En los procesos de planificación de desarrollo, no se presta suficiente atención a las mujeres y los hombres jóvenes. Los marcos institucionales sectoriales no suelen organizarse por categorías de edades y no ofrecen un enfoque integrado para atender las necesidades de las personas jóvenes. Encuestas y sondeos acerca de las necesidades en materia de servicios e información sobre salud de las personas jóvenes, incluyendo la SSR, muestran su reticencia a usar las clínicas o abordar cuestiones sobre la sexualidad y la reproducción. Deben desarrollarse enfoques integrales y holísticos que sean sensibles y aceptables para la juventud. Los marcos normativos sobre los derechos de los y las usuarias son de especial importancia para dar confianza a las personas jóvenes.

También debe tomarse en cuenta la diversidad de situaciones en las que viven las poblaciones adolescentes; y al planificar programas, debe darse atención prioritaria a aquellos grupos con necesidades más apremiantes. Éstos incluyen a los y las jóvenes que viven en situaciones de riesgo y a las jóvenes madres. Es preciso disponer de datos detallados acerca de la situación de las personas jóvenes, tanto casadas como solteras, especialmente en el área de la SSR.

Situaciones que requieren respuestas humanitarias

Una crisis humanitaria – ya sea provocada por un conflicto o por un desastre natural – plantea desafíos extremos para la consecución de los ODM. En tales situaciones las estructuras y los sistemas se desintegran, agravando la vulnerabilidad de las personas y haciendo más acuciante la necesidad de protección y de provisión de servicios. De los 34 países más empobrecidos que están más

Para implementar las diversas acciones recomendadas, es crítico realizar esfuerzos efectivos de programación multisectorial.

lejos de alcanzar los ODM, 22 acaban de salir o todavía están en situación de conflicto.

Dada la condición de la SSR, durante los conflictos y los desastres naturales aumenta la probabilidad de embarazos no deseados, de muerte materna e infantil y de transmisión de ITS incluido el VIH/SIDA. La pérdida repentina del apoyo médico, sumada al trauma y a la desnutrición que suelen darse después de una situación de emergencia, significa que las mujeres embarazadas enfrentan mayores riesgos de morbilidad y mortalidad maternas. También se intensifica el contagio de ITS, incluido el VIH/SIDA, dado que las situaciones de emergencia rompen las relaciones estables, alteran las normas sociales sobre el comportamiento sexual, y crean situaciones en las que las mujeres - y también las niñas y los niños - son forzadas a intercambiar sexo por alimentos, refugio o dinero. La violencia basada en el género también aumenta. Se han desarrollado lineamientos operativos para proteger la salud reproductiva en situaciones de emergencia, que deben ser aplicados.

Los hombres

Los hombres tienen un papel crucial en la salud reproductiva como usuarios de servicios, parejas y agentes de cambio. Los donantes deberían apoyar la investigación operativa para promover estos aportes y los países deberían darles prioridad. Los programas de equidad de género que involucran a los hombres deben abordar las relaciones de poder; deben reforzarse las definiciones afirmativas y constructivas de la masculinidad para mejorar la situación tanto de las mujeres como de los hombres. La participación e implicación de los hombres debe ser un elemento programático clave de toda estrategia de salud reproductiva. Las actividades orientadas a que los programas de SSR lleguen a los hombres son componentes vitales para la efectiva expansión de los mismos. El personal programático necesitará orientación para articular el involucramiento de los hombres.

Elementos necesarios para la acción efectiva

Compromiso político

El compromiso político al más alto nivel tiene la capacidad de demostrar tanto a la población en general como a las instancias administrativas, la importancia de avanzar hacia una mejor condición de SSR. Es posible realizar cambios drásticos a ritmos rápidos cuando los gobiernos se movilizan para responder a las decisiones voluntarias de las personas.

Coordinación efectiva

Para implementar las diversas acciones recomendadas, es crítico realizar esfuerzos efectivos de programación multisectorial. Los mecanismos e instituciones

de coordinación pueden movilizar a distintos sectores para el diseño, implementación y monitoreo de programas que involucren a diversos agentes.

Participación comunitaria y sensibilidad ante los factores culturales

En consonancia con esta visión, cabe reconocer el papel fundamental de los aportes comunitarios para la planificación del desarrollo. Los servicios pueden adaptarse mejor a las condiciones locales cuando el personal cuenta con métodos y lineamientos para evaluar su propio desempeño, y cuando puede complementar sus evaluaciones con aportes de los beneficiarios de los servicios.

Para que los programas de salud reproductiva sean efectivos, es crucial tomar en cuenta el contexto local, sus estructuras y culturas. Por lo tanto, el establecimiento de alianzas con grupos locales, tales como organizaciones religiosas e individuos de la comunidad, es un paso crucial en todo programa que quiera promover exitosamente los derechos humanos y modos de vida saludables.

Recursos para los programas

La existencia de información detallada sobre los costos de intervenciones (información de la que se dispone desde la década posterior a la CIPD) ha permitido el cálculo de nuevas estimaciones de los recursos necesarios para la SSR. Estas proyecciones incluyen: (a) estimaciones detalladas y desagregadas de los costos directos de la provisión de servicios de planificación familiar y otros servicios básicos de salud materna y reproductiva (incluyendo el parto seguro, la atención obstétrica de emergencia, intervenciones para la supervivencia de neonatos/prevenición de la mortalidad infantil, y una amplia gama de iniciativas para la prevención del VIH/SIDA); (b) gastos indirectos (p.ej. mantenimiento, electricidad, insumos básicos para las instalaciones, personal de apoyo); y (c) costos del mejoramiento de los sistemas de gestión, monitoreo y evaluación, y capacidad para satisfacer las necesidades de investigación y evaluación.

Se dispone también de las estimaciones preliminares del capital y los recursos humanos adicionales necesarios para alcanzar las metas de cobertura de los servicios. A medida que cada país vaya realizando su evaluación de necesidades para alcanzar los ODMs, se dispondrá de estimaciones más precisas. Los análisis realizados por el Proyecto del Milenio muestran que la mayoría de los países de bajos ingresos necesita aumentar sustancialmente sus inversiones en capital para fortalecer los sistemas de salud, y expandir la cobertura de servicios, para alcanzar los ODM. Claramente, la cantidad de recursos necesarios para cubrir el coste del paquete básico de SSR será más alta que lo estimado hace más de una década. Para el año 2015 el gasto anual necesario será aproximadamente de 14.000 millones de dólares más que lo anticipado, llegando a 36.000 millones de dólares. La magnitud y la proporción de las inversiones requeridas para la prevención del VIH/SIDA son sustanciales.

Para ampliar los esfuerzos en el campo de la planificación familiar, la salud materna y la prevención del VIH/SIDA, es necesario movilizar voluntad política, capacidad institucional, y recursos técnicos y financieros.

Algunos análisis adicionales aplican esta nueva metodología a un escenario que proyecta necesidades en planificación familiar, dinámicas poblacionales, y servicios de salud materna, neonatal e infantil, tomando como base la cobertura de la actual necesidad insatisfecha de planificación familiar. Estos análisis reflejan los ahorros que se generarían en otros servicios de salud reproductiva, si se realizara una mayor inversión para responder a la necesidad insatisfecha de planificación familiar voluntaria. El ahorro generado por la inversión en planificación familiar aumenta con el tiempo, ya que a medida que se reduce el número de nacimientos decrece la necesidad de financiar otros servicios, lo que permite dedicar recursos a la mejora de los sistemas.

Tanto las proyecciones de 1993 como las actuales omiten la necesidad de invertir en otros sectores de respaldo (entre los cuales, las inversiones para el empoderamiento de la mujer). De igual manera, las estimaciones actuales se basan solamente en los costos directos de los servicios y los costos agregados de los sistemas de salud, pero no incluyen las intervenciones necesarias en materia de información, educación, comunicación para el cambio de comportamiento, y acciones a nivel comunitario. Es preciso generar más datos para conocer en mayor detalle estas necesidades.

Para ampliar los esfuerzos en el campo de la planificación familiar, la salud materna y la prevención del VIH/SIDA, es necesario movilizar voluntad política, capacidad institucional, y recursos técnicos y financieros. Sin embargo, un buen número de países han constatado que el déficit en la asistencia internacional tiene un impacto negativo en sus programas. Será necesario incrementar de forma sustancial el apoyo (tanto financiero como técnico) a los programas nacionales, para alcanzar el objetivo establecido en la CIPD de asegurar acceso universal a la salud reproductiva, y lograr los ODM.