



Salud y
Derechos Sexuales
y Reproductivos
en Cooperación Internacional

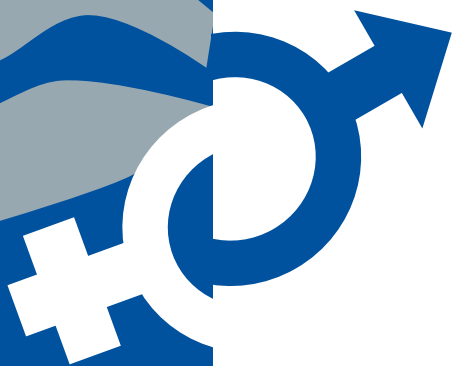
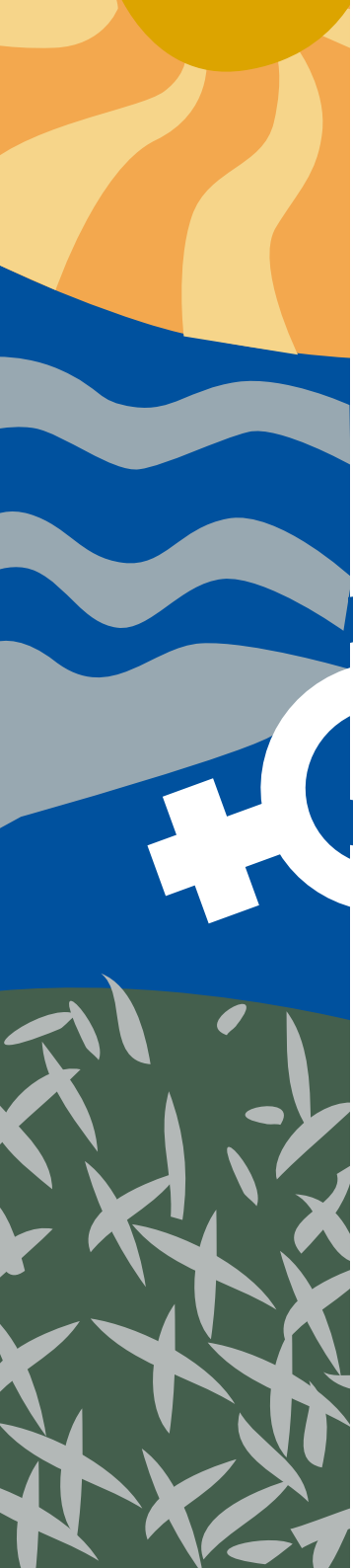
Guía metodológica

 PAZ Y DESARROLLO



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha
Consejería de Bienestar Social





Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Cooperación Internacional

Guía metodológica

Documento elaborado por HYPATIA Consultoría para Paz y Desarrollo

Autoras:
María C. Vázquez
Eva Caba



Paz y Desarrollo, ONGD - 2009

Documento elaborado por HYPATIA Consultoría e Intervención Social en el marco de la ejecución del Proyecto de Sensibilización y Educación para el Desarrollo “Cooperación al desarrollo en el Ámbito de la salud, los derechos sexuales y reproductivos”, par Paz y Desarrollo.

Autoras: María C. Vázquez y Eva Caba

Proyecto co-financiado por Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha, AFESIP España, Asociación Manchega de Planificación Familiar y Sexualidad y Paz y Desarrollo ONGD.

Edita: Asociación Paz y Desarrollo

C/ Imprenta de la Alborada, parcela 224, nº 3

14014 Córdoba

Delegación en Castilla - La Mancha: C/ La Plata, nº 10 - 3º 45001 Toledo

Diseña y maqueta: PardeDÓS

Imprime: Clarographic

Depósito legal: M-13456-2009

Índice

	Pág.
■ Introducción _____	7
Parte I	
■ 1. Cooperación internacional en salud y derechos sexuales y reproductivos _____	9
1.1. Principios _____	14
1.2. Estrategia de Salud de la Cooperación Española _____	15
1.3. Financiación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) _____	17
1.4. Donantes y gobiernos: recursos y voluntad política _____	21
1.5. La Cooperación Española y la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos _____	22
■ 2. Derechos Sexuales y Reproductivos _____	27
2.1. Evolución de los Derechos Sexuales y Reproductivos _____	31
■ 3. Situación actual en Salud Sexual y Reproductiva _____	51
3.1. La salud sexual y reproductiva en el mundo _____	56
3.1.1. Fecundidad y Población _____	57
3.1.2. Salud Reproductiva de las y los adolescentes _____	58
3.1.3. Planificación Familiar (PF) _____	61
3.1.4. Salud materna _____	66
3.1.5. Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH _____	72
3.1.6. Aborto inseguro _____	77
3.1.7. Mutilación Genital Femenina _____	79
3.1.8. Violencia basada en género _____	82

Parte II

■ 4. Estructura de la Guía metodológica	89
4.1. Incorporación del marco de Derechos Humanos en la SSR.	92
■ 5. Planificación familiar	95
5.1. Consideraciones generales	97
5.1.1. Planificación Familiar	97
5.1.2. Derechos Sexuales y Reproductivos que la asisten	100
5.2. Metodología	101
5.2.1. Diagnóstico de situación	101
5.2.2. Objetivos Básicos	104
5.2.3. Diseño y planificación de programas y servicios de PF	105
5.2.4. Elementos de calidad de la atención	107
5.2.5. Anticoncepción de emergencia	113
5.2.6. Abordaje de pareja	115
5.2.7. Barreras basadas en el género para el acceso a anticoncepción	116
5.2.8. Atención a grupos diversos	117
■ 6. Salud materna	127
6.1. Conceptos	129
6.2. Vínculo Salud Materna y Derechos	131
6.3. Metodología	132
6.3.1. Diagnóstico de situación	132
6.3.2. Objetivos Básicos	135

	Pág.
6.3.3. Planificación /Diseño del Programa _____	138
6.3.4. Elementos de atención _____	142
■ 7. Educación sexual _____	153
7.1. Conceptos generales _____	155
7.1.1. Adolescencia y juventud _____	155
7.1.2. La juventud como sujeto de derechos _____	156
7.1.3. Derechos, salud sexual y reproductiva y educación sexual _____	158
7.2. Datos sobre el estado de la SSR de la juventud _____	161
7.3. Metodología _____	163
7.3.1. Diagnóstico de la situación _____	163
7.3.2. Legislación y normativas _____	167
7.3.3. Diseño de intervenciones en Educación Integral en Sexualidad _____	168
7.3.4. Criterios de calidad _____	178
7.4. Epílogo: el derecho a la protección de los y las menores _____	179
■ 8. ITS/VIH _____	181
8.1. Conceptos generales _____	183
8.2. Vinculación ITS / VIH y derechos _____	184
8.3. Metodología _____	186
8.3.1. Diagnóstico de la situación _____	186
8.3.2. Estrategias de prevención _____	197
8.3.3. Elementos de atención _____	204
8.3.4. Planificación _____	209

	Pág.
■ 9. Calidad de atención _____	213
■ Anexos _____	219
Anexo 1_____	221
Anexo 2_____	224
Valoracion de la situacion de derechos humanos en un pais_____	224
Acrónimos_____	226
Bibliografía_____	228

1. Introducción

Es cada vez más numerosa la bibliografía relativa a salud y derechos sexuales y reproductivos a nivel internacional, hecho que nos alegra porque permite a las personas interesadas en este campo disponer de documentos de interés y porque queremos creer que esta mayor disponibilidad, sin duda, contribuye y contribuirá en el futuro más inmediato a despertar el interés de la sociedad en este importante tema. Muchos de estos textos son elaborados por agencias multilaterales, agencias nacionales de cooperación, organizaciones no gubernamentales especializadas y asociaciones y redes de mujeres que repasan y actualizan periódicamente los datos relativos a la situación mundial en este campo. El documento que aquí presentamos, no nace con esta única vocación, sino que aspira a convertirse en una herramienta útil para el trabajo de quienes desarrollan su profesión en la cooperación internacional para el desarrollo.

El documento que os ofrecemos se estructura en dos bloques temáticos.

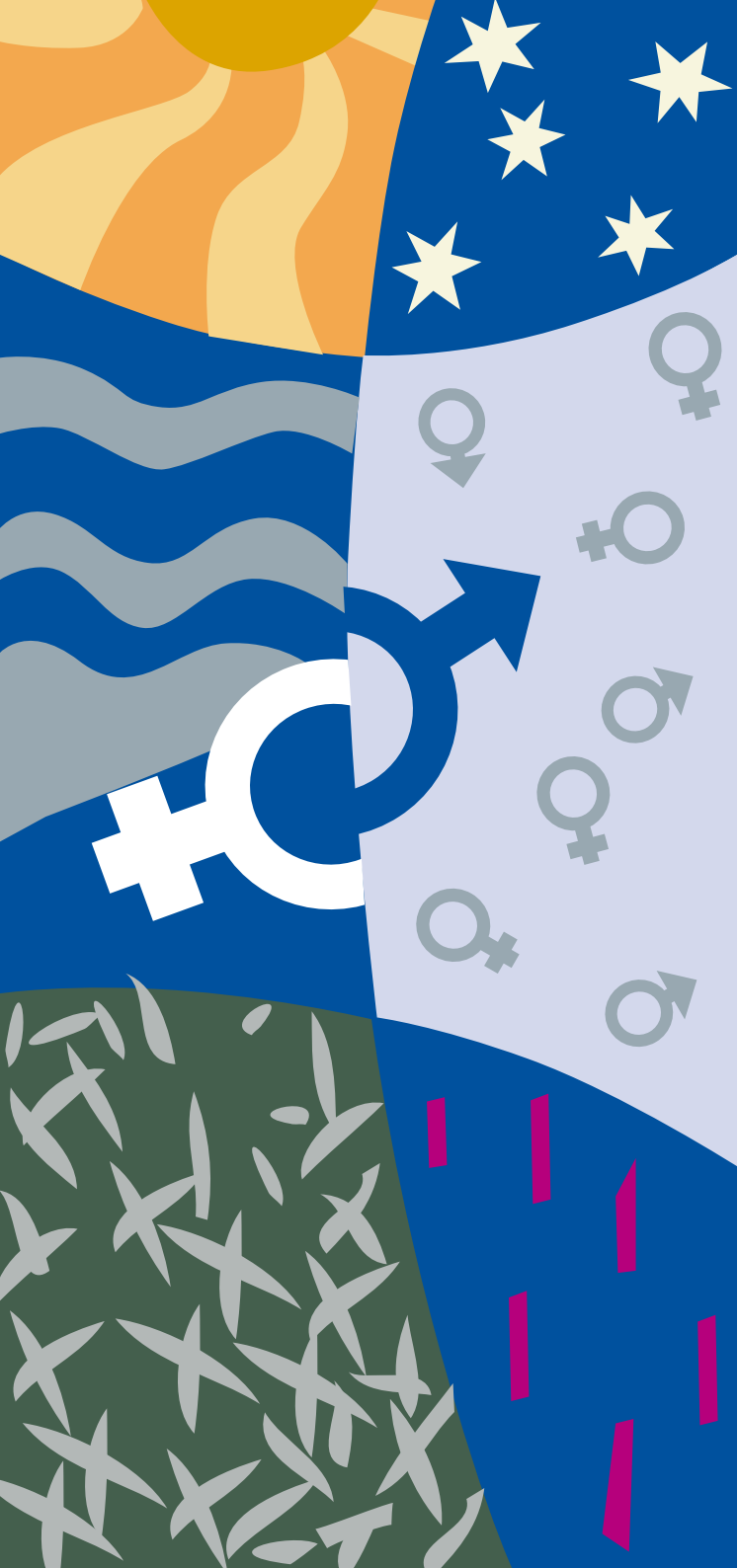
La primera parte ofrece una “fotografía” actual de la situación mundial en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, para lo que se repasa muy brevemente cómo estos se enmarcan en la cooperación internacional y en particular en la española; se ofrecen datos actualizados de los principales indicadores en salud sexual y reproductiva y se exponen los principales instrumentos internacionales relativos a derechos sexuales y reproductivos y cómo ha sido su evolución en el tiempo.

La segunda parte se construye como instrumento de trabajo, para quienes tienen responsabilidades tanto en la definición como en la ejecución de programas, y contempla la salud y los derechos sexuales y reproductivos distribuida en cuatro grandes bloques temáticos, incluyendo cada uno de ellos el marco conceptual y la metodología de trabajo.

La elaboración de esta guía se ha realizado en el marco del proyecto de Educación por el Desarrollo y Sensibilización **“Cooperación al desarrollo en el Ámbito de la salud, los derechos sexuales y reproductivos”** ejecutado por Paz y Desarrollo ONGD, con la co-financiación de la Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha, AFESIP España, la Asociación Manchega de Planificación Familiar y Sexualidad y Paz y Desarrollo ONGD. Tras la celebración de un ciclo formativo con el mismo título, como actividad propia del citado proyecto, se observó la importancia de contar con la colaboración de expertas en la materia para la elaboración de la Guía Metodológica propuesta en el mismo, contando para ello con la inestimable labor realizada por las compañeras de Hypatia

Desde Hypatia, una joven organización que cuenta con profesionales de larga trayectoria y experiencia profesional en el campo de la cooperación internacional en salud y en salud y derechos sexuales y reproductivos, esperamos que este documento que os presentamos, resulte útil para la acción por la mejora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los países receptores de cooperación internacional.

Desde nuestra perspectiva, esta fórmula de colaboración entre organizaciones, hasta ahora más empleada en el ámbito empresarial, propicia la capitalización y generación de conocimiento, favorece la disponibilidad de instrumentos útiles al servicio de todos los actores sin reivindicaciones de banderas y abre una oportunidad de intercambio real de experiencias por un objetivo compartido.



Parte I

Cooperación internacional en
salud y derechos sexuales y
reproductivos

1. Cooperación internacional en salud y derechos sexuales y reproductivos

La cooperación internacional para el desarrollo se propone como objetivo general la lucha contra la pobreza, no entendida únicamente como una reducción de la precariedad económica, sino como la ampliación de los derechos, las oportunidades y las capacidades de las personas. Esta concepción multidimensional de la pobreza y del desarrollo, basada en derechos, exige brindar a todas las personas la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano. El reconocimiento del derecho al desarrollo implica un cambio en el modo de entender la cooperación, que se constituye así en un imperativo ético y político para los gobiernos de todos los países.

La Cooperación Española, a través de la vigente Ley 23/1998 de Cooperación Internacional para el Desarrollo (LCID)¹ y de los últimos Planes Directores de la Cooperación Española (*Plan Director 2005-2008, en breve será presentado el III Plan Director 2009-2012*), reconoce y hace suyos estos principios. En el actual Plan Director, se pone de relieve la necesidad de enmarcar las actuaciones en los objetivos de reducción de la pobreza definidos y consensuados por la comunidad internacional: los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Además, la Cooperación Española cuenta con Estrategias sectoriales donde se plasma el fundamento, vocación, prioridades y líneas de actuación de la cooperación española en cada sector. A

1. Ley de la Cooperación Española: <http://www.boe.es/boe/dias/1998/07/08/pdfs/A22755-22765.pdf>

2. Estrategia de Salud de la Cooperación Española: <http://www.maec.es/es/MenuPpal/Cooperacion%20Internacional/Publicaciones%20y%20documentacin/Documents/DES%20SALUD%20RE%20Espanol.pdf>

efectos de esta guía, se recomienda la lectura de la Estrategia de Salud² y la Estrategia de Género en Desarrollo³.

Hay que destacar el hecho de que, entre 1995 y 2000, al ámbito de la salud sexual y reproductiva España destinó únicamente un 5% de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) sanitaria -en contraste con el 32 % promedio del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de OCDE-. La salud sexual y reproductiva ha pasado del promedio anual del 5% en el periodo 1995-2000, a constituir el 19.8% en el año 2005, reconociendo el papel clave que desempeña para la salud y el desarrollo (ver Tabla 1).

3. Estrategia de Género en Desarrollo de la Cooperación Española: <http://www.maec.es/SiteCollectionDocuments/Cooperaci%C3%B3n%20espa%C3%B1ola/Publicaciones/DES%20GENERO.pdf>

Tabla 1. Distribución de AOD bilateral según componentes CRS, España 2003-2004 (€ y %).

Sectores salud	2002 (€)	2003 (%)	2004 ()	A 2004 (%)	B Variación 2003-2004
Política sanitaria y gestión administrativa	4.821.732,1	5	9.851.401,6	10,7	104,3
Enseñanza y formación médica	1.309.553,7	1	2.252.860,4	2,5	72,0
Investigación médica	846.855,4	1	1.311.937,1	1,4	54,9
Servicios médicos	10.173.843,9	11	7.096.957,9	7,7	-30,2
Total salud general	17.151.985,1	18,4	20.513.166,0	22,3	19,6
Salud básica					
Atención sanitaria	14.051.537,9	15	15.180.458,3	16,5	8,0
Infraestructura básica	38.884.631,9	42	32.641.768,7	35,5	-16,1
Nutrición básica	3.550.712,0	4	2.466.682,6	2,7	-30,5
Control de enfermedades infecciosas	5.385.343,0	6	5.364.548,8	5,8	-0,4
Educación sanitaria	1.609.520,0	2	2.270.804,0	2,5	41,1
Formación de personal sanitario	3.316.732,1	4	3.005.970,2	3,3	-9,4
Total salud básica	66.798.476,9	71,1	60.930.232,6	66,3	-8,8
Salud sexual y reproductiva					
Política sobre población y gestión administrativa	127.310,5	0,1	67.172,3	0,1	-47,2
Atención en salud reproductiva	4.579.391,1	5	4.312.530,9	4,7	-5,8
Planificación familiar	0,0	x	7.601,3	0,01	
Lucha contra ETS (incluido SIDA)	4.736.750,0	5	5.925.137,6	6,4	25,1

1.1. Principios

La Cooperación Española contempla los principios fundamentales de la salud y el desarrollo en sus implicaciones teóricas y prácticas, tanto en los ámbitos de decisión política como técnica. Más aún, no sólo pretende hacerlos suyos como fundamento de sus acciones, sino contribuir a promoverlos y reforzarlos a nivel internacional, apoyando su histórico y reactualizado impulso por parte de las Naciones Unidas (NNUU).

Para ello, y en primer lugar, se basa en tres elementos que constituyen el núcleo de los principios fundamentales de esta estrategia, y que afirman que **la salud, además de un derecho humano, es un condicionante y un indicador del crecimiento social y económico y del nivel del desarrollo individual y del país**; un reto para la planificación, la gestión y la investigación. La salud aparece así como un **bien público y una responsabilidad también pública**. Sin embargo, mientras que en un número reducido de países, la salud es considerada como un bien y un derecho al alcance de toda la población, en la mayor parte del planeta, la enfermedad o la falta de salud implica a menudo quedar expuesto a la exclusión social, limitando o inhabilitando las capacidades laborales y sociales.

La Estrategia de Salud de la Cooperación Española asume los principios de igualdad y no-discriminación a través del principio de equidad, planteando medidas para que se dé el acceso al derecho a la salud en igualdad de condiciones para todas las personas y, sobre todo, en función de sus necesidades y dificultades.

Las inequidades se presentan de muchas formas y, de hecho, muchas veces se suman varios factores, entre ellos los ingresos económicos, el grupo étnico, el género, la edad, o el ámbito geográfico (urbano vs. rural).

La equidad de género y el análisis de género en el ámbito de la salud se tornan imprescindibles. Las relaciones de género tienen efectos de largo alcance en la salud de niñas y mujeres y en su capacidad de ejercer libremente elecciones que afecten a su propia salud. Las mujeres, especialmente las más pobres, se ven a menudo atrapadas en un círculo de mala salud agudizado por los embarazos y los trabajos físicos pesados. Un estudio del Banco Mundial (BM) sobre la salud de la mujer en India demuestra claramente que las mujeres sufren mayor índice de enfermedades y tienen menos probabilidades de recibir tratamiento médico antes de que la enfermedad se agudice. En este contexto, hablar de derechos sexuales y reproductivos como aspecto estratégico de cambio es imprescindible.

En cuanto a los principios operativos (considerados básicos para que la Ayuda al Desarrollo sea eficaz) y tomando en cuenta la nueva arquitectura de la cooperación internacional para el desarrollo, la Estrategia de Salud de la Cooperación Española asume, en el marco de la Comisión Europea y del CAD/OCDE, el reto de aplicar los principios consensuados en la Declaración de París (2004)⁴. Son las denominadas tres A: Apropiación, Alineamiento y Armonización, y el principio de mutua responsabilidad que el Plan Director asume como criterios de intervención y que resultan ineludibles a la hora de plantear acciones de cooperación en general y en el sector salud en particular.

1.2. Estrategia de Salud de la Cooperación Española

Como se ha comentado, el documento de Estrategia de Salud constituye un elemento de interés especial en el tema que ocupa esta guía, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, ya que en él se incorpora por primera vez en la historia de la cooperación española

4. Declaración de París: <http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf>

este campo de trabajo como línea prioritaria, trascendiendo el tradicional concepto de salud materno-infantil.

Dado que no es el objeto de esta guía, se comentarán únicamente los elementos más importantes en relación a la Línea Estratégica “Contenido Mejora de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos”.

Enmarcadas por la Conferencia de El Cairo de 1994, las acciones de la Cooperación Española en este ámbito se guiarán por el respeto y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres, protegidos por la legislación internacional, contemplando todo el ciclo de vida sexual de las personas.

Las acciones se basarán en apoyar y desarrollar programas y actuaciones que mejoren la calidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, con un enfoque que:

- contribuya a la reducción de la carga de enfermedad derivada de estos problemas;
- contemple y promueva el desarrollo pleno de los derechos en este ámbito, en igualdad de oportunidades para hombres y mujeres;
- se articule e integre con los otros programas y servicios de salud en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud

Líneas Estratégicas de la Cooperación Española en Salud: a continuación se presenta el cuadro extraído de dicha Estrategia.

1. De Intervención sobre sistemas y servicios de salud

- 1.1. Fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud
- 1.2. Mejora de los servicios básicos de salud
- 1.3. Mejora del acceso a medicamentos esenciales y otros productos sanitarios
- 1.4. Fortalecimiento de los recursos humanos del Sistema de Salud

2. De intervención sobre condiciones y problemas de salud

- 2.1. Mejora de la salud y derechos sexuales y reproductivos
- 2.2. Mejora de la salud infantil
- 2.3. Lucha contra la Enfermedades prevalentes y olvidadas (incluye SIDA, malaria, tuberculosis)
- 2.4. Mejora de la prevención y el manejo de cuestiones sanitarias en emergencias: epidemias, desastres y procesos de construcción de la paz.

3. De intervención sobre conocimiento e innovación

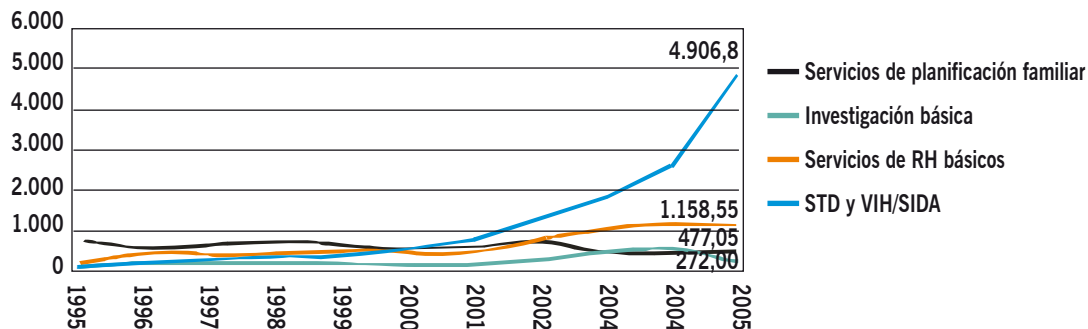
- 3.1. Potenciación de la Investigación y el Desarrollo (I+D) en salud

1.3 Financiación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR)

Tras 15 años desde que 179 jefes de Estado firmaran y asumieran el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), en la que se otorgaba a las mujeres el derecho a estar informadas en materia de SDSR y a tener acceso a métodos integrales de planificación familiar de su elección, en muchas partes del mundo todavía no pueden ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y sufren las consecuencias.

Una de las razones reside en que no hay disponibilidad de recursos económicos suficientes para apoyar a la SDR. En 1999, el Programa de Acción de la CIPD calculó que su implementación costaría 17.000 millones USD en 2000, 18.500 millones en 2005 y 21.700 millones en 2015. Se invitó a los países donantes de AOD a contribuir con un tercio de esta cifra, mientras que los países en desarrollo –países receptores de AOD– aportarían los dos tercios restantes con cargo a fuentes de financiación nacionales⁵. Sin embargo, hasta ahora no se han alcanzado las metas de financiamiento indicadas por dicho Programa y de hecho la financiación para la SDR ha disminuido en términos relativos, aunque se ha dado un ligero crecimiento en términos absolutos (ver figura 1). A fines de la década de 1990 la pandemia del VIH/sida captó la atención mundial y se desviaron flujos de financiamiento de la SDR para dar respuesta al VIH/sida, sin haber considerado suficientemente la interrelación entre la respuesta al VIH y la mejora de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR).

Figura 1. Distribución de recursos para los componentes de SSR



Fuente: Tomado de Euromapping 2008, EuroNGOs.

5. CIPD + 5. Disponible en <http://www.unfpa.org>

En 2000, 189 jefes de Estado y de gobierno se comprometieron con los ODM. Si bien éstos incluyen la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, la reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna y el combate del VIH/sida, la malaria y otras enfermedades, la SDSR no se menciona en absoluto. Sin embargo, la SDSR tiene impacto prácticamente en todos los ODM, resultando claro su papel en el cumplimiento del conjunto de objetivos. Cinco años más tarde, este papel fue reconocido y los participantes en la Cumbre Mundial en 2005 se comprometieron a lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, proponiendo un nuevo objetivo en SR en el marco del quinto ODM. Queda pendiente aún la definición de la meta debido a las discusiones existentes en torno a los indicadores más pertinentes.

Un ejemplo del reconocimiento del papel clave que juega la SDSR en la consecución de los ODM, lo constituye el compromiso de la **Unión Africana**, que en septiembre de 2006 en la reunión de ministros celebrada en Maputo adoptaron el Plan de Acción de Maputo para la Ejecución del Marco Político Continental para la SDSR 2007-2010. En dicho Plan los ministros acordaron hacer avanzar al continente hacia el objetivo del acceso universal a servicios amplios en materia de SSR para 2015 identificando como estrategias claves:

- Reubicar la planificación familiar como parte esencial del logro de los ODM. Abordar las necesidades en materia de SSR de adolescentes y jóvenes como un componente clave de ésta.
- Abordar el aborto inseguro.
- Prestar servicios de calidad y asequibles para promover la maternidad segura, la supervivencia infantil y la salud materno-infantil y del recién nacido.
- Promover la cooperación africana y entre países del Sur para el logro de la CIPD y de los ODM en África.

Para el financiamiento de este ambicioso Plan de Acción, los ministros de salud establecieron que las iniciativas en juego serían financiadas principalmente con recursos nacionales⁶ y necesarios para fortalecer los sistemas de salud y mejorar las funciones de salud pública básicas, incluyendo medidas para la comunidad y otras funciones de apoyo necesarias⁷. Los trabajadores de la salud necesitan capacitación y es necesario integrar los vínculos existentes entre la atención de la SSR, la respuesta al VIH/sida, la malaria y otras enfermedades, con el conjunto de servicios de salud. La violencia de género, incluido el abuso sexual, la anticoncepción de emergencia, la profilaxis post-exposición al VIH/sida y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) también deben abordarse de manera integrada y coordinada. Los ministros reconocieron la necesidad de prestar atención adicional a la juventud – muy vulnerable a la infección por VIH/sida y a embarazos no deseados – instalando servicios amigables para los jóvenes. La cantidad total de fondos necesarios para ejecutar este Plan de Acción sería de 3.500 millones USD para 2007 y 16.000 millones para 2010.

En vista de lo anterior, es reconfortante ver que los países de la Unión Africana han reconocido la necesidad de avanzar y adoptar medidas para garantizar el acceso de sus ciudadanos al cuidado de la SSR, lo que significa un reconocimiento tácito y comprensión de que la pobreza no puede ser erradicada si no se aborda la SDSR. Sin embargo, aún son necesarios los avances en el ámbito legislativo relativo a los derechos individuales y hacer efectivos los compromisos económicos que requieren el trabajo con los responsables de la distribución de los presupuestos nacionales.

6. Conferencia de Ministros de Salud de la Unión Africana (2006). “Maputo Plan of Action for the Operationalization of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights 2007-2010”. Maputo, 18–22 de septiembre, Art. 19.

7. Ibid, Art. 25.

1.4. Donantes y gobiernos: recursos y voluntad política

Los donantes tampoco han tomado aún la conciencia suficiente de la importancia de la SDSR. Así:

Estados Unidos todavía conserva la Política de la Ciudad de México, también conocida como la Ley Mordaza (Global Gag Rule)⁸.

La Unión Europea (UE), el mayor donante de AOD, tenía una línea presupuestaria diferenciada para la Ayuda a las Políticas y Acciones sobre la Salud y los Derechos Reproductivos y Sexuales en los Países en Desarrollo, con una dotación financiera de 73,95 millones EUR para el periodo 2003-2006; ahora, en 2007, ha incorporado esta línea al sector salud de un nuevo instrumento financiero creado para el periodo 2007-2013, llamado “Invirtiendo en la Gente”, destinado a financiar programas temáticos amplios en el mundo en desarrollo, de modo que la financiación de la SDSR tendrá que competir con muchos otros sectores que serán financiados a través de este instrumento temático.

La UE también financia a los países en desarrollo a través de programas de alcance geográfico que se basan en los llamados Documentos de Estrategia Nacional, formulados conjuntamente con los países receptores.

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

Sin embargo, tampoco aquí la SDSR está identificada como un área focal separada, lo que significa que el financiamiento será probablemente muy incierto. Es irónico que esto ocurra en 2008, a mitad de camino recorrido para el plazo de cumplimiento de los ODM y en especial porque a escala mundial la introducción propuesta de una nueva meta en el ODM 5 reconoce el papel central de la SDSR para lograr el ODM 1 sobre erradicación de la pobreza.

Parece necesario, por tanto, renovar esfuerzos por parte de la sociedad civil organizada, los y las activistas en SDSR y las personas afectadas para sensibilizar y concienciar a los gobiernos sobre la importancia de la SDSR y conseguir así el cumplimiento efectivo de los compromisos adquiridos, visibilizar las lagunas que aún persisten tanto en términos de voluntad política como en la disponibilización de los recursos necesarios.

1.5. La Cooperación Española y la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

España, aun siendo uno de los primeros países en el escenario internacional en aumentar su Ayuda Oficial al Desarrollo en los últimos años, la SDSR sigue siendo uno de los sectores menos financiados en su Cooperación Internacional al Desarrollo, a pesar de la voluntad reflejada en el Plan Director 2005-2008 y en su Estrategia de Salud.

Según el último informe sobre la AOD española, “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2007” (Tabla 2), España destina a este sector tres veces menos que los países miembros del CAD y dos veces menos que los de la UE, aunque destaca que esta divergencia es cada vez menor, gracias a los documentos más arriba señalados.

Tabla 2

AOD salud subsectores CRS porcentajes promedio 2000-2005						
Sectores Salud/Subsectores CRS	España	CAD	UE	R. Unido	Suecia	Francia
Salud general						
12110 Política Sanitaria y Gestión Admntva.	5,4	15,6	24,6	22,7	25,6	60,0
12181 Enseñanza y Formación médica	1,6	1,2	1,9	0,3	0,0	2,2
12182 Investigación médica	0,5	2,7	5,6	3,0	2,7	27,7
12191 Servicios Médicos	28,8	5,6	7,5	1,1	5,2	3,0
Total Salud General	36,3	25,1	39,5	27,1	33,5	92,8
Salud Básica						
12220 Atención Sanitaria	15,1	14,3	13,1	8,8	19,4	0,6
12230 Infraestructura Básica	25,2	6,6	5,9	0,8	1,2	1,5
12240 Nutrición Básica	2,7	2,2	1,6	1,1	0,7	0,0
12250 Control de Enfermedades infecc.	4,6	12,4	12,4	24,7	0,2	2,5
12261 Educación Sanitaria	2,6	1,0	1,4	2,4	1,2	0,2
12281 Formación de Personal Sanitario	2,5	0,7	1,2	0,2	0,9	0,2
Total Salud Básica	52,7	37,1	35,6	38,0	23,5	5,0
Salud Sexual y Reproductiva						
13010 Política sb. población y gestión ad.	0,1	5,4	0,6	0,6	0,8	0,0
13020 Atención en Salud Reproductiva	5,2	4,2	5,8	7,5	16,6	0,2
13030 Planificación Familiar	0,1	4,9	4,5	7,5	0,0	0,0
13040 Lucha contra ETS, incluido VIH/sida	5,4	23,3	13,9	19,3	25,5	2,0
13081 Formación para población y S. Reprod.	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Total Salud Reproductiva	10,9	37,8	24,9	34,9	43,0	2,2
Total Salud	100	100	100	100	100	100

Fuente: “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2007”. Médicos Mundi, Prosalud y Médicos del Mundo.

En el periodo 1995-2005, la AOD española destinada a programas de SSR representaba un 0,95% del total. El 64% de la AOD en SDSR es distribuida por el gobierno central, alcanzando la cifra de 103 millones EUR en 2005, la mayor parte a través de la vía multilateral (como el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza Global de las Vacunas y la Inmunización, GAVI por sus siglas en inglés y el Fondo de Población). Además, son las ONG's con proyectos de salud quienes consolidan un gran proporción de esta AOD. Sigue siendo la cooperación bilateral directa en SDSR la menos atractiva para la administración central española.

Las regiones del mundo que en mayor medida concentran la AOD estatal en SDSR entre 1995 y 2005 son América Latina, Norte de África y Oriente Próximo, con más del 65%. En estos últimos 3 años, se ha dado una reorientación de esta AOD a los países del África Subsahariana, que ha triplicado los fondos, y que ha venido acompañado de una reducción a la mitad de las otras tres regiones mencionadas más arriba.

Respecto a los subsectores de SDSR, la Planificación Familiar (PF) e Investigación y Políticas son las grandes olvidadas, lo que refleja la poca voluntad de asumir las recomendaciones del Proyecto del Milenio, que sugieren que alrededor del 70% de los fondos estimados han de estar dirigidos a atender las necesidades de servicios básicos de SR, incluyendo la PF, y un 30% a actividades relacionadas con ITS y el VIH/sida. Así, la PF (tan solo un 2,5%) y la SR constituyen el 43% en SDSR, mientras que el VIH/sida es el componente que aglutina un 45%.

Debido a la estructura descentralizada del Estado español, son las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, relevantes actores de la AOD. Resulta paradójico que estos actores demuestren más apoyo a la cobertura de necesidades básicas que el gobierno central. Durante los años transcurridos entre 1995 y 2005, la atención a SDSR ha supuesto un 2,6% del total de la AOD descentralizada, y cuatro autonomías, Castilla-León, La Rioja, Asturias y Navarra

cumplen con creces el compromiso de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo de destinar más del 5% de su AOD a programas de SDSR.

Como señala el informe del Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE), “Progresos y promesas: La Ayuda Oficial al Desarrollo española en salud sexual y reproductiva 1995 – 2005”, *“En definitiva, desde la adopción del Programa de Acción de El Cairo en 1994, la Ayuda en SDSR ha crecido de forma paulatina aunque con grandes altibajos y a un ritmo lento. Si bien, a partir de 2003 se nota un cierto aceleramiento, es urgente no perder más tiempo y avanzar de forma determinada y contundente hacia los objetivos que nos hemos marcado desde hace muchos años”*.⁹

Conclusión

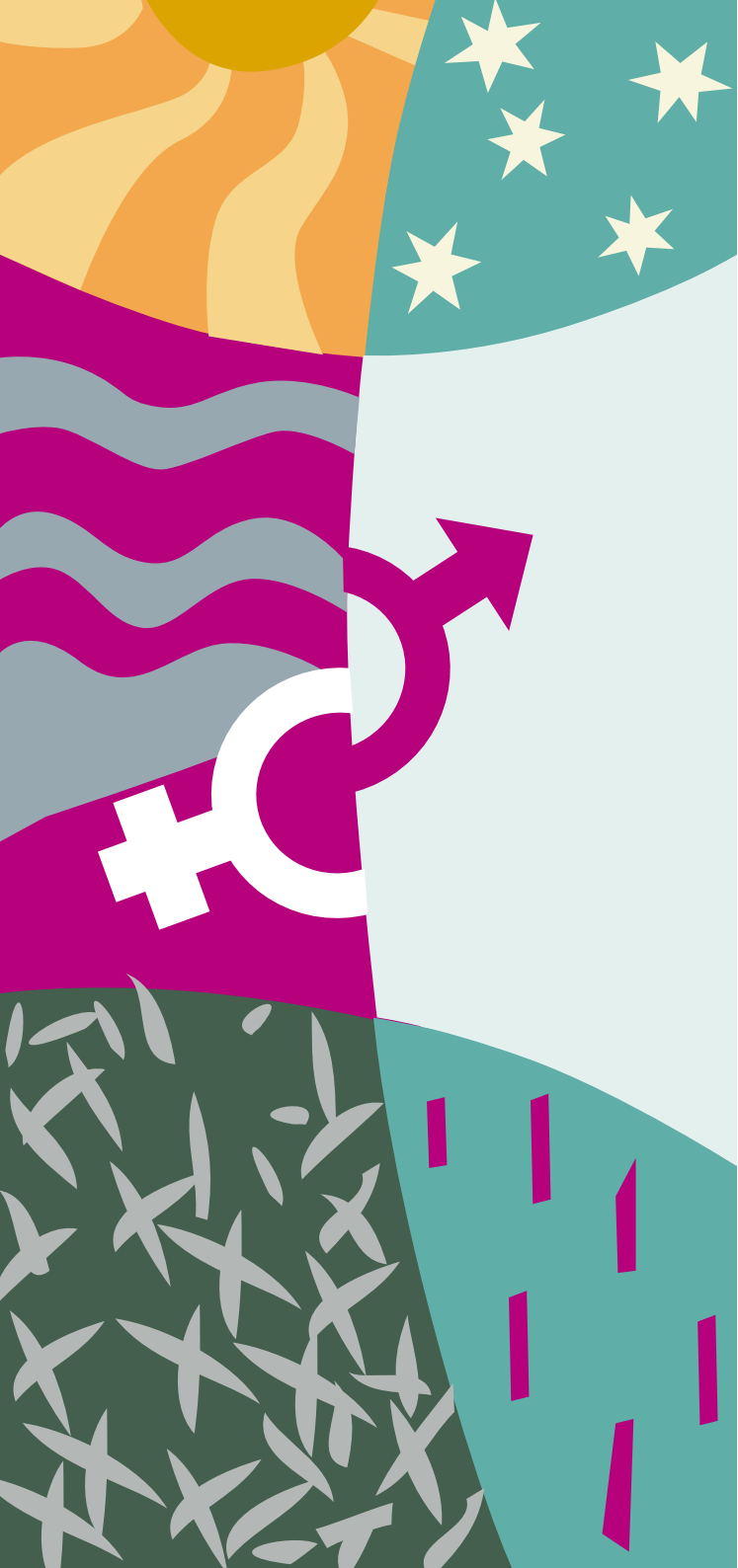
Si bien el Programa de Acción de la CIPD fue un primer y decisivo paso para crear conciencia acerca de la importancia de la SDSR y reconocerla como un derecho humano básico, el compromiso de la Cumbre del Milenio de la que emanaron los ODM todavía necesita incorporar plenamente el acceso universal a la salud sexual y reproductiva como una meta con entidad propia en el ODM 5.

El financiamiento de la SDSR todavía está muy retrasado tanto a escala nacional como internacional, si bien han de reconocerse los avances producidos con la adopción de algunas políticas en esta materia.

9. http://www.grupogie.org/pdfs/Informe_Progresos_y_Promesas.pdf

Todavía existen muchos gobiernos sin suficiente voluntad y convencimiento del importante impacto económico que puede tener la mejora de la SSR como lo han demostrado, por ejemplo países como México, Tailandia y Egipto, donde la inversión en la planificación familiar ha significado grandes ahorros en el gasto público.

Debe hacerse evidente de modo general que el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva no es únicamente una de las medidas más eficientes (relación coste/beneficio en salud) para la reducción de la mortalidad materna e infantil, sino que también tiene un impacto enorme en la vida personal de las mujeres y su empoderamiento social y económico, beneficiando también y en última instancia a las economías nacionales, pero, lo que es más importante, tener una vida sexual y reproductiva saludable y satisfactoria es un derecho fundamental del ser humano.



Derechos Sexuales y Reproductivos

3. Derechos sexuales y Reproductivos

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 y de la que en 2008 se celebra el 60º Aniversario- han sido numerosos los avances realizados en cuanto a Protocolos, Declaraciones y Convenciones relativas a derechos individuales. La década de los años 90 ha sido extremadamente prolija en número de conferencias internacionales en materia de derechos humanos, de las mujeres y de los derechos reproductivos y sexuales como se verá más adelante.

La obligación para los Estados que suscriben las Convenciones, Declaraciones, Tratados,... es variable y no siempre vinculante. Así, los Pactos y Convenciones suponen obligado cumplimiento para los países que los firman y ratifican. Las Declaraciones no siempre suponen obligatoriedad ni tienen el mismo nivel de vinculación. Los Programas o Plataformas de Acción reflejan el consenso internacional sobre el tema objeto pero tampoco son de cumplimiento obligatorio. Los procesos de ratificación suelen ser lentos y en ellos los países pueden plantear reservas a los contenidos. La inclusión en las legislaciones nacionales de los compromisos adquiridos es el paso siguiente y fundamental para la aplicación de éstos, y conviene recordar que esta inclusión en ocasiones enfrenta dificultades políticas, económicas y/o sociales.

El derecho al más elevado estándar de salud alcanzable es un derecho fundamental reconocido en la Convención Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en otros tratados internacionales. El derecho a la salud considera condiciones previas individua-

les tanto biológicas como sociales y económicas, y también los recursos disponibles de los Estados. No se trata por tanto del derecho a estar saludable, sino el derecho a una serie de servicios, estructuras, bienes y condiciones que promuevan y protejan el más alto estándar de salud posible. El derecho a la salud individual, de un colectivo, comunidad o país ha de ser protegido por las autoridades locales, comunitarias o nacionales y el Estado ha de situarse como responsable último en la garantía de ese derecho.

Los individuos, la sociedad civil organizada y la población general necesariamente han de conocer, adoptar e interiorizar sus derechos para poder situarse bien como sujetos titulares de los mismos, bien como organizaciones y asociaciones activas en su promoción y defensa, bien como sociedad con derecho a la salud.

Es indiscutible la conjunción entre la equidad de género y los derechos reproductivos y sexuales. Las personas portadoras de la carga individual, colectiva y social de la reproducción son las mujeres. Desarrollar la equidad de género se revela básico, e ineludible para la correcta aplicación de los derechos reproductivos. Es de sobra conocida la brecha existente entre sexos en los países receptores de cooperación y el impacto de la desigualdad e inequidad en la salud de las mujeres, las niñas y niños y en general de las comunidades.

Los horizontes de trabajo en la promoción de los derechos reproductivos y sexuales desde el género son muy amplios y diversos, abarcando ámbitos de la vida como la educación, la oportunidad de ingreso económico, la legislación, los servicios sanitarios, ...

La incorporación de los derechos reproductivos y sexuales en un programa de cooperación internacional en salud es ineludible y constituye un ejercicio de responsabilidad. Se requieren instrumentos de análisis y herramientas de trabajo para poder llevar a cabo esta incorporación y obviamente conocer cuales son estos derechos y cuales son los instrumentos internacionales

de los que podemos valernos a la hora de implementar un programa de cooperación internacional en salud.

2.1. Evolución de los Derechos Sexuales y Reproductivos

A continuación se repasan los hitos principales que han marcado el recorrido histórico del trabajo realizado en la promoción y defensa de los DDSSRR

1948, Declaración Universal de Derechos Humanos

En el artículo 1 se expresa “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.

En relación a los derechos inherentes al matrimonio indica que “Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse matrimonio”.

Entre 1949 y 1959, la Comisión sobre el Estado de la Mujer (CSW) elaboró en el seno del sistema de Naciones Unidas:

- Convención de los Derechos Políticos de las Mujeres, posteriormente aprobada en diciembre de 1952 y relativa a los derechos fundamentales de la mujer en cuanto a su participación en la vida política.
- Convención para la Nacionalidad de las Mujeres Casadas, adoptada por la Asamblea de Naciones Unidas en enero de 1957

- Convención para el consentimiento de matrimonio, la edad mínima para el matrimonio y el registro de matrimonios, adoptada en Noviembre de 1962¹⁰.

1963, diciembre. La Asamblea General de Naciones Unidas adopta una resolución solicitando al Consejo Económico y Social que invite a la CSW a preparar un documento de declaración que combine en un único instrumento internacional los estándares que articulen la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. La Declaración para la Eliminación de la discriminación contra las mujeres fue aprobada en Asamblea General en diciembre de 1967, sin la fuerza contractual de un tratado, sino más bien como un posicionamiento de intenciones morales y políticas

1968, Teherán. Se celebró la Primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos y fue el primer foro internacional donde se reconoció por primera vez el derecho de los padres a la planificación familiar. Se convino en que padres y madres tienen “el derecho humano básico a determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”. En un marco global de elevado crecimiento poblacional, se propone el acceso a medios y métodos para planificar una familia.

1972. La CSW consideró la posibilidad de preparar un Tratado con fuerza normativa a la Declaración previamente aprobada por la Asamblea General y dos años más tarde se decidió preparar el Tratado como instrumento para eliminar la discriminación contra las mujeres.

1974, Bucarest. Primera Conferencia Internacional en Población.

Inspirado en las mismas premisas defendidas por demógrafos y analistas de población, se aproximan al análisis de la población mundial desde una perspectiva de búsqueda de equili-

10. Seguida en 1965 por la aprobación de una Recomendación en esta materia

brio entre el crecimiento demográfico y la distribución de recursos. El avance desde una perspectiva de derechos reproductivos se recoge en la afirmación que “la planificación de la familia es un derecho fundamental de todas las parejas e individuos” y no para los padres y madres como había ocurrido hasta entonces. Pero no se abordaron aún las altas de fecundidad en los países en desarrollo desde la perspectiva de los derechos de la mujer.

1975. Méjico. Primera Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer:

Se reconoce que el derecho a la planificación familiar es esencial para alcanzar la igualdad de género.

1976. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales entran en vigor. Jurídicamente obligatorios para los Estados que los ratificaron¹¹. Con respecto a los derechos de género y reproductivos repercuten en el derecho de la mujer de estar libre de todas las formas de discriminación, el derecho a la libertad de reunión y asociación, y los derechos pertinentes a la familia.

El primer pacto reconoce los derechos a “la libertad y la seguridad de la persona” y a “la libertad de expresión”, incluida “la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole”; y afirma que “el matrimonio no podrá celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes”.

1979. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Se aprueba en Asamblea General Naciones Unidas. Entró en vigor en 1981 tras ser ratificada por 20 países.

11. No obstante, son muchos los Estados Miembros que no han ratificado y muchos otros lo han hecho, pero interponiendo reservas sustanciales

10 años después (1989) casi 100 países declararon sentirse obligadas por esta Convención. Cabe destacar lo siguiente:

- Culminó el trabajo de más de 30 años de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (1946)
- Incorporó la mitad femenina de la humanidad a la esfera de los derechos humanos
- Definió “discriminación contra la mujer” como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.
- Amplió la interpretación del concepto de derechos humanos mediante el reconocimiento formal del papel desempeñado por la cultura y la tradición en la limitación del ejercicio por la mujer de sus derechos fundamentales. La cultura y la tradición se manifiestan en estereotipos, hábitos y normas que originan las múltiples limitaciones jurídicas, políticas y económicas al adelanto de la mujer.
- Instó a los Estados a modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres y garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos.
- Se instó a los Estados a adoptar todas las medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los relativos a la planificación de la familia, así como garantizar a la mujer servicios apropiados en relación

con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario incluida la nutrición adecuada durante embarazo y lactancia.

- Definió el significado de la igualdad obligando al reconocimiento de la igualdad de la mujer con el hombre ante la ley.
- Estableció una declaración internacional de derechos para la mujer y estableció un Comité y un programa de acción para que los Estados los garanticen

1984. Méjico. Conferencia Internacional en Población

Cabe destacar:

- El acuerdo en que los hombres deben compartir la responsabilidad de la planificación de la familia y la crianza de los hijos “a fin de proporcionar a las mujeres la libertad de participar plenamente en la vida de la sociedad”, un objetivo integral para el logro de “los objetivos de desarrollo, inclusive los relativos a la política de población”.
- Puso en evidencia las necesidades insatisfechas en planificación familiar entre las parejas que querían limitar o espaciar los embarazos pero que carecían de acceso a métodos anticonceptivos.
- Señaló que las necesidades en anticoncepción aumentarían enormemente a medida que fuera aumentando en la década siguiente el número de parejas en edad de procrear.
 - Se identifica a los y las adolescentes como grupo diana para el trabajo.
 - Se sitúa el escaso intervalo intergenésico como una de las causas de la mortalidad materna.
 - Se convino en que nunca debía promoverse el aborto como medio de planificación familiar, que debía ayudarse a las mujeres a evitar el aborto mediante un mayor acceso a los métodos de planificación de la familia y que quienes se veían obligadas a recurrir al aborto necesitaban un trato humanitario y un asesoramiento psicosocial.

Uno de los impactos de esta conferencia fue la decisión tomada por un país más conocida como “*Gag Rule*” ó “*Ley de la Mordaza*” y que ha estado vigente en USA con las administraciones más conservadoras.

1989. Convención sobre los Derechos del Niño. Además de los derechos de los niños, trata de las relaciones de género. Reafirma:

- El derecho a los servicios de planificación familiar, reconocidos por anteriores convenciones y conferencias.
- Obliga a los Estados a “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”.
- Exhorta a adoptar “todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los y las niñas”.
- Establece que los Estados deben comprometerse “a proteger al niño y a la niña contra todas las formas de explotación y abuso sexuales”.
- Establece que niños y niñas deberán tener acceso a la información “que tenga por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental”.

1993, Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. En ella se declaró que los derechos humanos son una norma universal, independiente de los estándares vigentes en cada uno de los Estados. Destaca:

- Los derechos de las mujeres y las niñas son parte “inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos”, y que requieren atención especial como parte de todas las actividades de derechos humanos.
- Exhortó a dar una mayor prioridad a la erradicación de todas las formas de discriminación por razones de sexo; a asegurar la participación en condiciones de igualdad de las muje-

res en la vida política, civil, económica, social y cultural; y a eliminar todas las formas de violencia por motivos de género.

- El disfrute por parte de las mujeres de los derechos — incluido el acceso en condiciones de igualdad a los recursos — es a la vez un fin en sí mismo y un factor esencial para la potenciación del papel de la mujer, la justicia social y el desarrollo social y económico en general.
- Afirma que las mujeres deberían disfrutar de los más altos niveles de salud física y mental a lo largo de toda su vida.
- Se reafirma el principio de igualdad entre hombres y mujeres y el derecho a acceder en condiciones de igualdad a la educación en todos los niveles
- Se reconoce el derecho de la mujer a disponer de servicios accesibles y adecuados de atención de la salud y a la más amplia gama de servicios y métodos de planificación familiar.

Como resultado de las recomendaciones de Viena, en diciembre de 1993 la Asamblea General aprobó por consenso la **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer** —que estipula que todos los Estados Partes, de conformidad con la legislación nacional, deberían prevenir, investigar y castigar los actos de violencia contra la mujer, hayan sido estos perpetrados por el Estado o por personas privadas— y designó un relator especial encargado de vigilar la aplicación de las medidas.

1994. El Cairo. Conferencia Internacional en Población y Desarrollo (ICPD)

Esta Conferencia supuso el punto de inflexión en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos a nivel mundial. De esta Conferencia emanaron consensos relativos a qué se entiende por salud sexual y reproductiva y por derechos reproductivos. El Programa de Acción

de El Cairo se ha convertido en un valioso instrumento para la sociedad civil organizada que trabaja en la promoción y defensa de los derechos de las mujeres. Este Programa de Acción se acompañó –como se ha visto- de una previsión de recursos necesarios para poder ejecutarlo.

Destaca:

- Reconoció la aproximación integral y la interrelación entre población, crecimiento económico sostenido y desarrollo sostenible.
- Reconoció que la potenciación del papel de la mujer y la mejora de su condición jurídica y social son fines importantes en sí mismos e imprescindibles para el logro del desarrollo sostenible
- El Programa de Acción plantea el contexto y el contenido de los derechos reproductivos. En el párrafo 7.3 se indican los preceptos intrínsecos:

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

- Dio forma a la política global actual de servicios. “Paquete de salud reproductiva incluye Planificación familiar, Educación Sexual, Salud materna y Protección frente a ITS”

- Resaltó la necesidad de dirigir servicios de SSR a los y las adolescentes, con el objetivo de reducir el número de embarazos no deseados.
- El aborto no debía promoverse como método de planificación familiar. Se reconocieron los riesgos y la dimensión del aborto inseguro.
- Los derechos reproductivos son centrales en los derechos humanos, especialmente para las mujeres por razones biológicas, sociales y económicas.

Naciones Unidas reconoce que la implementación de las recomendaciones contenidas en el Programa de Acción de la CIPD es un derecho soberano de cada país de acuerdo a sus leyes nacionales y prioridades de desarrollo, con el respeto a los valores éticos y religiosos y bagaje cultural de sus poblaciones en conformidad con los derechos humanos reconocidos internacionalmente, al mismo tiempo que suscribe el Programa de Acción firmado en septiembre de 2004 y urge a todos los países a considerar sus prioridades actuales de gasto para realizar contribuciones adicionales para la implementación de dicho Programa. También enfatiza que la cooperación internacional es esencial para su implementación y lanza un llamamiento a la comunidad internacional a proveer tanto bilateral como multilateralmente un apoyo sustancial y adecuado para las actividades en población y desarrollo y llama a los órganos y organizaciones del sistema de Naciones Unidas a dar un apoyo efectivo y completo para la implementación del Programa.

Decide que la Asamblea General de Naciones Unidas constituirá un mecanismo intergubernamental que jugará el papel primario en el seguimiento del Programa de Acción, para lo que organizará una revisión regular de la implementación, promoverá un sistema de coordinación y guía para el seguimiento de la implementación del Programa.

Dentro del sistema de Naciones Unidas, el Fondo de Ayuda a la Población –UNFPA– identificó 15 principios clave de consenso¹². Se presentan a continuación los relativos a salud y derechos sexuales y reproductivos:

1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en derechos y dignidad
2. Los seres humanos son el centro del desarrollo sostenible
3. El derecho al desarrollo es un derecho universal e inalienable – la ausencia de desarrollo nunca puede ser invocada para justificar las violaciones de los derechos humanos
4. Las piedras angulares de los programas de población son la igualdad de género, la equidad y el empoderamiento de las mujeres, la eliminación de la violencia contra las mujeres y la capacidad de las mujeres para controlar su propia fertilidad
8. Los estados deberían tomar todas las medidas apropiadas para asegurar, sobre una base de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de salud incluidos aquellos relativos a los cuidados en salud sexual y reproductiva.
10. Cada ser humano tiene derecho a la educación. Debe prestarse especial atención a la educación de mujeres y niñas.
11. Todos los estados y las familias deberían priorizar lo máximo posible a los niños
14. Los estados deberían reconocer y apoyar la identidad, la cultura y los intereses de las personas indígenas y capacitarles para participar completamente en la vida política, económica y social del país.
15. El crecimiento debería basarse en igualdad de oportunidades para todas las personas. Los países desarrollados deberían continuar mejorando sus esfuerzos para promover crecimientos sostenido y equitativo que beneficie a los países en desarrollo.

12. Disponibles en www.unfa.org

1995 Septiembre, Beijing. IV Conferencia Mundial de las Mujeres

De esta conferencia cabe destacar:

- El reconocimiento explícito y la reafirmación de que el derecho de todas las mujeres en el control de todos los aspectos de su salud y particularmente de su fertilidad es básico para su empoderamiento.
- Se reafirmó y fortaleció el consenso logrado el año anterior en El Cairo. Gran parte de los conceptos de la CIPD relativos a los derechos reproductivos fueron incorporados directamente en la Plataforma de Acción.
- Los derechos de las mujeres son derechos humanos.
- La igualdad de derechos, oportunidades y acceso a los recursos, la igualdad en las responsabilidades familiares de hombres y mujeres y un partenariado armónico entre ellos, son críticos para su bienestar y el de sus familias así como para la consolidación de la democracia.
- Es esencial el diseño, implementación y monitorización de políticas y programas efectivos, eficientes y sensibles al género con la participación activa y completa de las mujeres, incluyendo el desarrollo de políticas y programas a todos los niveles para el empoderamiento y el avance de las mujeres.
- La participación y la contribución de todos los actores de la sociedad civil, en particular los grupos y redes de mujeres, organizaciones no gubernamentales y comunitarias con total respeto a su autonomía en cooperación con gobiernos, son importantes para la implementación efectiva y el seguimiento de la Plataforma de Acción.
- Animar la participación activa de los hombres en todas las acciones hacia la igualdad.
- Asegurar la igualdad de acceso y tratamiento de hombres y mujeres en la educación y la salud y reforzar la salud sexual y reproductiva de las mujeres así como la educación, incor-

porando las condiciones de acceso a los servicios de salud: privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado,..

- Promover y proteger todos los derechos humanos de mujeres y niñas.

En la *Plataforma de Acción de Beijing* se identifican 12 esferas necesarias para potenciar el papel de la mujer y garantizar sus derechos humanos: la mujer y la pobreza; la educación y capacitación de la mujer; la mujer y la salud; la violencia contra la mujer; la mujer y los conflictos armados; la mujer y la economía; la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; los derechos humanos de la mujer; la mujer y los medios de difusión; la mujer y el medio ambiente; y la niña.

Se estipula que “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.

1999, se abrió a la firma, la ratificación¹³ y la adhesión el **Protocolo Facultativo** de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. El Protocolo es un instrumento jurídico que posibilita a las víctimas de discriminación de género presentar denuncias al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

1999, Revisión de CIPD + 5, El seguimiento se preparó en 1998 y 1999, y culminó en un período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, aprobando un documento de medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción. En ese documento, además de respaldar dicho Programa, se avanzó en algunas esferas, como los derechos reproductivos de los y las adolescentes y de las mujeres en situaciones de emergencia.

13. Se necesitan diez ratificaciones para que el Protocolo entre en vigor

Se exhortó a los gobiernos a que respetaran, protegieran y promovieran los derechos humanos de mujeres y niñas –particularmente protección contra la coacción, discriminación y violencia, incluidas las prácticas nocivas y la explotación sexual– formulando, aplicando y obligando eficazmente al cumplimiento de políticas y leyes sensibles. Se instó a intensificar las medidas relativas a:

- salud reproductiva e higiene sexual;
- mortalidad derivada de la maternidad;
- necesidades de adolescentes en materia de salud reproductiva;
- reducción de la tasa de aborto y atención de las consecuencias para la salud del aborto inseguro;
- prevención del VIH/sida y
- consideración de cuestiones de género y educación

Se exhortó a los gobiernos a que firmaran, ratificaran y aplicaran la CEDAW desistiendo de las reservas incompatibles con el propósito de ésta y que celebraran consultas con la sociedad civil. Se instó además a los órganos de NNUU encargados de formular indicadores relativos a los derechos humanos de la mujer a que incorporaran las cuestiones relativas a la salud reproductiva y la higiene sexual.

2000, Beijing + 5. “La mujer en el año 2000: igualdad de género, desarrollo y paz para el siglo XXI”

Se determinaron los adelantos en la aplicación de las estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer, y la aplicación de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, y se consideraron futuras acciones e iniciativas.

2000, Nueva York Cumbre del Milenio

Esta Cumbre culminó con el compromiso de la comunidad internacional para el cumplimiento en el año 2015 de un conjunto de objetivos de desarrollo.

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Como se puede observar, tres de los ocho ODM –mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades –están directamente relacionados con la SSR, mientras que otros cuatro –erradicar la extrema pobreza y el hambre, conseguir la educación primaria universal y promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres, y asegurar la sostenibilidad medioambiental- tienen una relación muy directa con la salud, incluyendo la SSR. Se puede considerar el octavo objetivo como de necesaria transversalización en el conjunto.

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), tal y como se ha comentado previamente con la inclusión de una nueva meta en el quinto objetivo.

Son numerosos los documentos, sitios web e informes técnicos que revisan periódicamente el grado de cumplimiento, los retos y las actuaciones necesarias para su consecución en el año 2015, por lo que no nos extenderemos aquí, por no ser el objeto de este texto. Únicamente cabría hacer la consideración de que los ODM se han convertido en un instrumento común de trabajo de los actores en cooperación internacional, ya sean organizaciones no gubernamentales, plataformas y redes, ya sean agencias nacionales de cooperación internacional o agencias multilaterales. Asimismo se presenta a continuación (Tabla 3) un ejercicio de interrelación entre los derechos reproductivos y los ODM.

TABLA 3. Derechos Reproductivos y Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)		
Elementos de Derechos Reproductivos	Ejemplos de Acciones basadas en Derechos	Relevancia con ODM específicos
Derecho a la vida y supervivencia	Prevenir muertes maternas e infantiles evitables Acabar con la negligencia ante la discriminación contra las niñas que pueden contribuir a muertes prematuras Asegurar el acceso a información y métodos para prevenir las ITS incluido el VIH	Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3) Reducir la mortalidad infantil (ODM 4) Mejorar la salud materna (ODM 5) Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)
Derecho a la libertad y seguridad de la persona	Tomar medidas para prevenir, castigar y erradicar todas las formas de violencia de género Capacitar a mujeres, hombres y adolescentes a tomar decisiones reproductivas libres de coerción, violencia y discriminación Eliminar la mutilación genital femenina Detener el tráfico sexual	Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM1) Reducir la mortalidad infantil (ODM 4) Mejorar la salud materna (ODM 5) Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)

Derecho a recibir e impartir información	<p>Disponibilizar la información en salud reproductiva y derechos así como políticas y leyes de modo extensivo y gratuito.</p> <p>Proveer información completa a las personas para la toma de decisiones en salud reproductiva de modo informado</p> <p>Apoyar la salud reproductiva y la educación familiar tanto fuera como dentro de las escuelas</p>	<p>Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)</p>
Derecho a decidir el número, tiempo y espaciamiento de los hijos	<p>Proveer a las personas con información que capacite para la elección y el uso correcto de métodos de planificación familiar</p> <p>Proveer acceso a un amplio abanico de métodos anticonceptivos modernos</p> <p>Capacitar a las adolescentes para retrasar la gestación</p>	<p>Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM1)</p> <p>Alcanzar la educación primaria universal (ODM 2)</p> <p>Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3)</p> <p>Asegurar la estabilidad medioambiental (ODM 7)</p>
Derecho al matrimonio voluntario y establecer una familia	<p>Prevenir y legislar contra los matrimonios forzados y de la infancia</p> <p>Prevenir y tratar las ITS que causan infertilidad</p> <p>Proveer servicios de salud reproductiva, incluyendo la prevención de VIH par alas adolescentes casadas y sus maridos</p>	<p>Alcanzar la educación primaria universal (ODM 2)</p> <p>Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3)</p> <p>Reducir la mortalidad infantil (ODM 4)</p> <p>Mejorar la salud materna (ODM 5)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)</p>
Derecho al más elevado estándar de salud alcanzable	<p>Proveer acceso a información y servicios en salud reproductiva asequible, aceptable, comprensible y de calidad</p> <p>Situar los recursos disponibles rápidamente, priorizando aquellos con menor acceso a educación y servicios de salud reproductiva</p>	<p>Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM1)</p> <p>Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3)</p> <p>Reducir la mortalidad infantil (ODM 4)</p> <p>Mejorar la salud materna (ODM 5)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)</p>

Derecho a los beneficios del progreso científico	Financiar investigación en anticoncepción, incluidos los métodos controlados por las mujeres, microbicidas y métodos masculinos Ofrecer una variedad de opciones de anticoncepción Proveer acceso a cuidados obstétricos de emergencia que puedan prevenir las muertes maternas y la fístula obstétrica	Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3) Reducir la mortalidad infantil (ODM 4) Mejorar la salud materna (ODM 5) Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)
Derecho a la no discriminación y la igualdad en la educación y el empleo	Prohibir la discriminación en empleo basadas en la gestación, el uso de anticonceptivos o la maternidad Establecer programas par mantener a las niñas en las escuelas Asegurar que las adolescentes casadas y embarazadas y las madres jóvenes sean capaces de completar su educación	Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM1) Alcanzar la educación primaria universal (ODM 2) Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3) Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)

Fuente: Tomado de Estado de la Población Mundial. UNFPA, 2005

A partir de la Cumbre del Milenio, se han sucedido las Reuniones y Conferencias Internacionales cuyos contenidos temáticos han incluido la salud y el desarrollo. Se puede decir que con más frecuencia se asiste a la inclusión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos como elemento relevante en el debate y análisis sobre la salud, los derechos y el desarrollo. Por un lado, la cada vez mayor presencia de la sociedad civil organizada en estas reuniones internacionales y por otro el elevado nivel de activismo de las organizaciones sociales en lo que a SDR se refiere, forman parte sin lugar a dudas del conjunto de factores que intervienen para que esto sea así.

A modo de ejemplo, y por estar directamente relacionadas con el tema de esta guía:

2001, Ginebra. UNFPA y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. 2ª reunión de valoración del progreso, los obstáculos y las oportunidades en la integración de los

derechos reproductivos en el trabajo de los tratados y de elaboración de medidas y estrategias para utilizarse en los tratados internacionales y reforzar así la SSR. Se consideró una asistencia más efectiva en la asistencia a los Estados para propiciar que las obligaciones contraídas en los tratados, particularmente aquellos que son más relevantes en derechos de las mujeres, incluyendo la SSR se hagan efectivos. Se afirmó que muchos riesgos en salud sexual y reproductiva de las mujeres se originan en el fracaso en el respeto a la igualdad de las mujeres, con actitudes y prácticas que subordinan su estatus (particularmente los matrimonios forzados, gestación precoz, violencia sexual, tráfico, mutilación genital femenina).

Se analizaron especialmente tres áreas: aborto inseguro, acceso de los y las adolescentes a SSR y el VIH/sida. Se concluyó que el marco de trabajo de derechos humanos impone obligaciones legales a los Estados, por lo que es crítico vincular la SSR con los tratados internacionales.

Asambleas Especiales de NNUU en Sida –UNGASS-, celebradas en 2001, 2006 y 2008. Solo de la celebrada en 2001 emanó una Declaración suscrita por la comunidad internacional y en la que se profundiza –entre otras cosas- en la búsqueda de la perspectiva de derechos en el trabajo de lucha contra la pandemia,

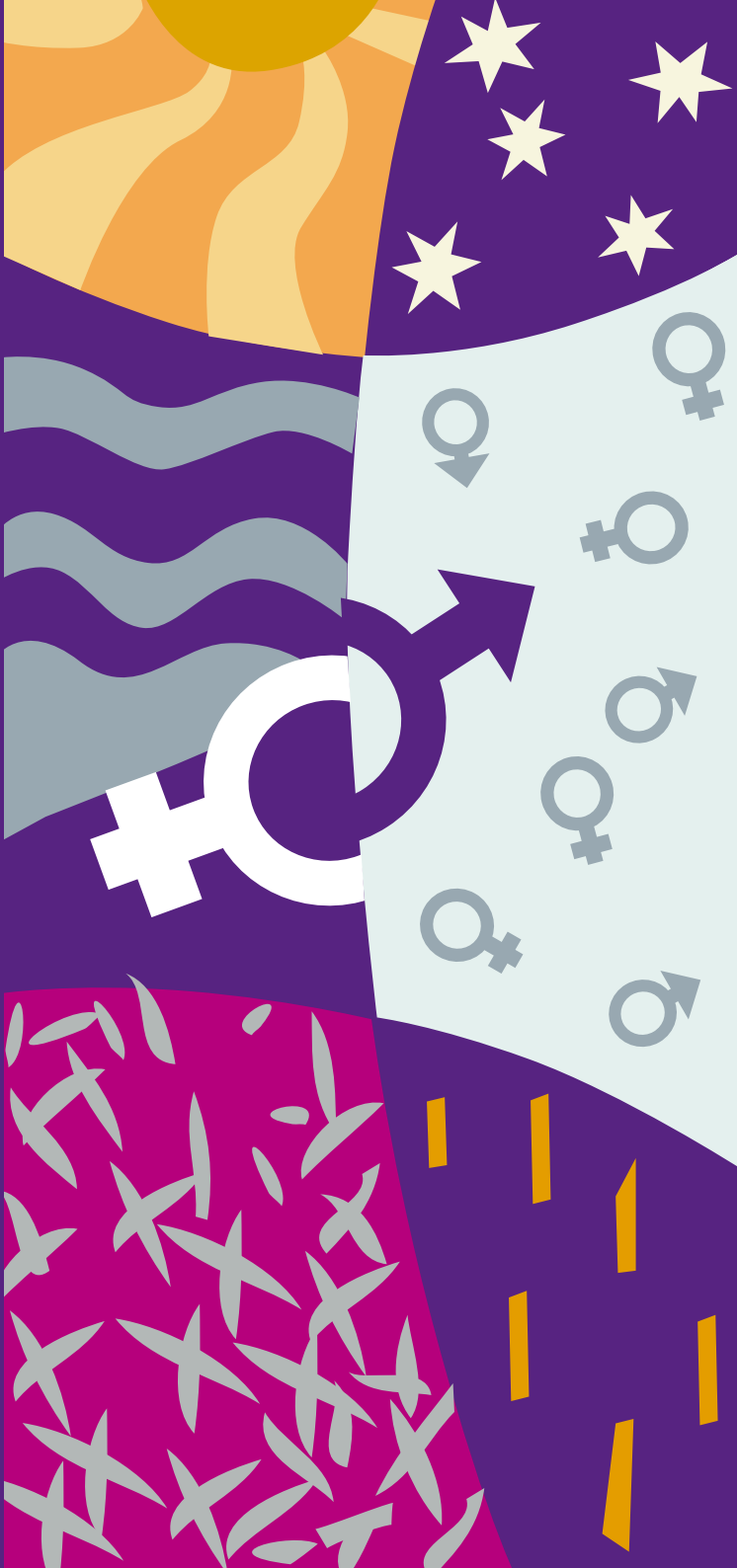
Podría valorarse sin embargo, que ninguna de las reuniones y conferencias celebradas en este siglo XXI con posterioridad a la Cumbre del Milenio, ha obtenido un nivel semejante de consenso y compromiso internacional (con excepción de las reuniones celebradas relativas a la cooperación internacional en su conjunto tales como la reunión en París de la que surgió la Declaración de París o la más recientemente celebrada en Accra) y tampoco se han definido instrumentos novedosos que propicien un marco conjunto de trabajo, como hasta ahora son los ODM.

Consenso de Quito, agosto 2007 sobre participación política de las mujeres.

El ámbito geográfico fue América Latina y Caribe y en particular en su artículo 23 recoge aspectos relativos a DDSSRR (disponible en <http://www.iknowpolitics.org/files/Consenso%20de%20Quito.pdf>)

“Reconociendo las inequidades de género como determinantes sociales de la salud conducentes a la precariedad de la salud de las mujeres en la región, en especial en los ámbitos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, lo que se expresa en el avance y la feminización de la epidemia del VIH/SIDA y en las altas tasas de mortalidad materna, en virtud de, entre otros, el aborto en condiciones de riesgo, los embarazos de adolescentes y la provisión insuficiente de servicios de planificación familiar, lo que demuestra las limitaciones aún existentes del Estado y de la sociedad para cumplir con sus responsabilidades relativas al trabajo reproductivo”

Por último, consideramos de especial interés presentar la relación de DDSSRR de modo específico en el Anexo 1.



Situación actual en Salud
Sexual y Reproductiva

3. Situación actual en salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva fue definida por consenso internacional en la 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, fundamentales para el bienestar humano. La sexualidad y la reproducción son aspectos vitales de la identidad personal y elementos clave para la creación de relaciones personales y sociales plenas. El Programa de Acción de la CIPD, al introducir la primera definición de Salud Sexual negociada y acordada por casi todos los gobiernos del mundo¹⁴, situó a la Salud Sexual en un plano más amplio dentro de la Salud Reproductiva y reconoció su contribución multifacética como parte esencial del bienestar de las personas.

Salud Reproductiva: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener informa-

14. Adoptada por 184 países

ción y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad.” (CIPD 1994) Salud Sexual: la noción de salud sexual implica un enfoque positivo hacia la sexualidad humana; y el propósito de la atención de salud sexual debe ser el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solamente la consejería y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”(NNUU)

La SSR no sólo se refiere a los años reproductivos, sino que conceptualmente adopta un enfoque de salud centrado en el ciclo de vida de las personas, enfatizando la necesidad de dicho enfoque. Abarca temas tan sensibles como importantes para individuos, parejas y comunidades, como la sexualidad, la discriminación por género y las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Para el logro de una óptima condición de SSR es crucial proteger los derechos reproductivos -conjunto de normas recogidas en distintos instrumentos de derechos humanos acordados internacionalmente - tal y como se ha comentado en el epígrafe anterior.

Paralelamente al reconocimiento de los DDSSRR como Derechos Humanos en el plano de lo individual, de la pareja o de la familia, se encuentra la evidencia de que la promoción y defensa de la Salud y los DDSSRR es un prerequisite indispensable para el desarrollo social y económico sostenible de las comunidades y las regiones. En el plano internacional, los años posteriores a la CIPD estuvieron marcados por un progreso significativo en el reconocimiento por los gobiernos de que la SSR es una dimensión esencial de la salud y consecuentemente del desarrollo humano.

“La Salud Reproductiva es crucial, no sólo para reducir la pobreza, si no para un desarrollo humano sostenible” (FNUAP, 2003).

“Para alcanzar la SSR, las personas debemos ejercer el control sobre nuestra vida sexual y reproductiva y debemos tener el acceso garantizado a los servicios correspondientes. Mientras que estos derechos y la capacidad para ejercerlos constituyen un valor en sí mismos, también son una condición necesaria para el bienestar y el desarrollo. Asimismo, la negligencia y la negativa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos son la raíz de muchos problemas relacionados con la salud alrededor del mundo” (OMS, 2004a, p.2).

Respecto a la Salud Reproductiva, las mujeres que no tienen acceso a información y servicios, tienen menos capacidad para planificar sus familias y mayor riesgo de contraer el VIH y padecer otras consecuencias negativas para su salud, las cuales facilitan la espiral de la pobreza. Las implicaciones son claras: La relación recíproca entre el establecimiento y promoción de los DDSSRR, el logro y el mantenimiento de la SSR, y la consecución de los ODM es cada vez más reconocida.

La conciencia de la relación recíproca entre los problemas de la SSR y los indicadores fundamentales de un estado de bienestar global, como la pobreza, es sobradamente conocida. Los problemas de SSR son a la vez causa y consecuencia de la pobreza, cuyo vínculo lo explica muy claramente Family Care International (2005): “Una mala salud sexual y reproductiva impacta negativamente en el bienestar de las personas, de las familias y de las comunidades, en detrimento de la productividad y de la participación en la fuerza de trabajo. Por ejemplo, la maternidad a edades tempranas perpetúa la espiral de la pobreza interrumpiendo la escolari-

zación de las niñas y las adolescentes, limitando las oportunidades de empleo de las jóvenes y las mujeres y, reduciendo las inversiones en el bienestar de sus hijos e hijas. Al mismo tiempo, los costes de tratamiento de lesiones y enfermedades relacionadas con la SSR pueden agotar los ingresos familiares, exacerbar la pobreza tanto individual como familiar”.

A lo largo de los años, existe cada vez más el reconocimiento de que los esfuerzos para la promoción de la SSR tienen un impacto directo beneficioso para las vidas de las personas. Lo que quizás no esté todavía muy claro para los gobiernos, pero de crucial importancia, es el reconocimiento de que romper la espiral de la pobreza requiere la provisión de una efectiva educación sexual y servicios en un entorno que facilite que las personas actúen con plena autonomía y libertad, sobre todo las jóvenes y las mujeres.

3.1. La salud sexual y reproductiva en el mundo

La falta de acceso a SSR constituye un importante problema de salud pública y de vulneración de los Derechos Humanos, así como uno de los mayores obstáculos para salir de la pobreza y alcanzar el bienestar social y económico, especialmente en los países en desarrollo.

La muerte y la discapacidad debidas a condiciones relativas a la SSR supusieron el 18% de la carga total de enfermedad en el mundo y el 32% de la carga de enfermedad en mujeres en edad fértil (15-44 años) en 2001, aunque con considerables variaciones entre regiones del mundo.

Debido en gran medida a la pandemia del VIH/sida, la carga de enfermedad de SR representa alrededor de un tercio de la carga total de enfermedad en África, casi el doble que en la mayoría de regiones del mundo. Más allá de las graves consecuencias en términos de muerte y

discapacidad que puede acarrear, el estado de SSR tiene un fuerte impacto en la calidad de vida y las perspectivas de desarrollo de las personas y las comunidades en las que viven.

Los registros de seguimiento en los avances en el estado de SSR en las décadas recientes muestran resultados dispares. Es importante no perder de vista que las estimaciones de los indicadores de seguimiento a nivel nacional no siempre reflejan suficientemente las realidades regionales y de los sectores de población más vulnerables.

Como consideración previa, es también importante recordar que la mayoría de las estimaciones se realizan con base en datos procedentes de las estructuras sanitarias y, con excepción de encuestas u otras metodologías de análisis, por tanto son datos relativos a mujeres que acuden a servicios de salud, por lo que la interpretación de los datos debe realizarse con cautela.

3.1.1. Fecundidad y Población

En la primera mitad de la década de los 50, el tamaño medio de la unidad familiar era bastante elevado en todo el mundo, alcanzando los cinco hijos. Para el 2000 había sufrido un gran descenso, situándose en 2,7. Con un grado de urbanización cada vez mayor, la incorporación de la mujer al mercado laboral, niveles educativos crecientes, la reducción de la mortalidad infantil y las mejoras en el estatus de las mujeres, las parejas deciden cada vez con más frecuencia optar por familias más reducidas. Los programas de salud reproductiva, particularmente los servicios de planificación familiar han hecho posible este deseo en muchas regiones del mundo.

Pese a estos importantes descensos en las tasas de fecundidad en la mayoría de las regiones del mundo, en los últimos años esta tendencia se ha venido ralentizando debido entre otros factores a:

- el impacto del VIH/sida, sobre todo en el África Subsahariana, en el que la esperanza de vida se ha visto reducida drásticamente en algunos países. Los datos de Botswana mostraron que un 36% de la población vive con el VIH, lo que paradójicamente no impide que el índice de fertilidad se traduzca en un aumento de la población calculado en un 37% para 2050.
- el incremento en los niveles de pobreza extrema que han sufrido miles de comunidades de todo el mundo, que conlleva un menor acceso a servicios de SSR
- el estancamiento “eterno” del desarrollo económico y social.

3.1.2. Salud Reproductiva de las y los adolescentes

Las personas con edades entre los 15 y 24 años constituyen en la actualidad cerca de la mitad de la población mundial, lo que plantea enormes desafíos en cuanto al suministro y acceso a servicios de SSR, ya que poseen necesidades específicas y están expuestos entre otros riesgos al relacionado con el inicio de la actividad sexual en edad temprana cuando existe una mayor vulnerabilidad y más dificultad en el acceso a recursos y servicios.

La población en edades inferiores a 24 años presenta una mayor probabilidad de morir por abortos inseguros, de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida (figura 2), y de sufrir explotación y abuso sexual. Esta situación es el resultado, entre otros factores, de una falta de información adecuada, de educación sexual y servicios especializados que les capaciten y habiliten en sus primeros años fértiles y antes de iniciar su actividad sexual para la toma de decisiones responsable y autónoma y la protección propia y de sus parejas.

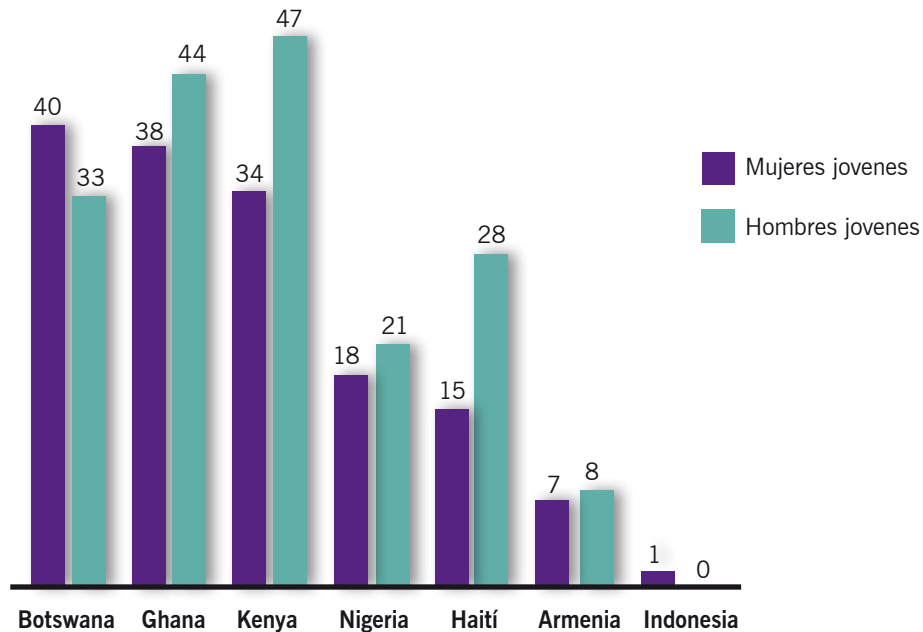
Se ha producido un aumento global en la edad del matrimonio, que contribuye al descenso del índice de embarazo entre las adolescentes. Sin embargo en algunos países, hasta un 50% de

las jóvenes todavía contrae matrimonio o empieza a vivir en pareja antes de los 18 años, cifra que aumenta hasta el 70% cuando se incluyen las mujeres hasta los 20 años.

Las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son más comunes entre las personas jóvenes, de 15 a 24 años. La mitad de las nuevas infecciones por el VIH (que suponen en torno a 3 millones anuales) se producen en este grupo de edad, y por tanto convierten a los y las jóvenes en un grupo diana para las intervenciones integrales preventivas y de tratamiento.

Figura 2. % Jóvenes de 15-24 años con información sobre VIH/sida. Países seleccionados

Porcentaje de jóvenes de 15 a 23 años con amplia información sobre el VIH/SIDA*



Ver la definición en la parte delantera del cuadro. Las encuestas tuvieron lugar entre 2000 y 2003.

Fuente: ORC Macro MEASURE DH5+ base de datos sobre el VIH/SIDA

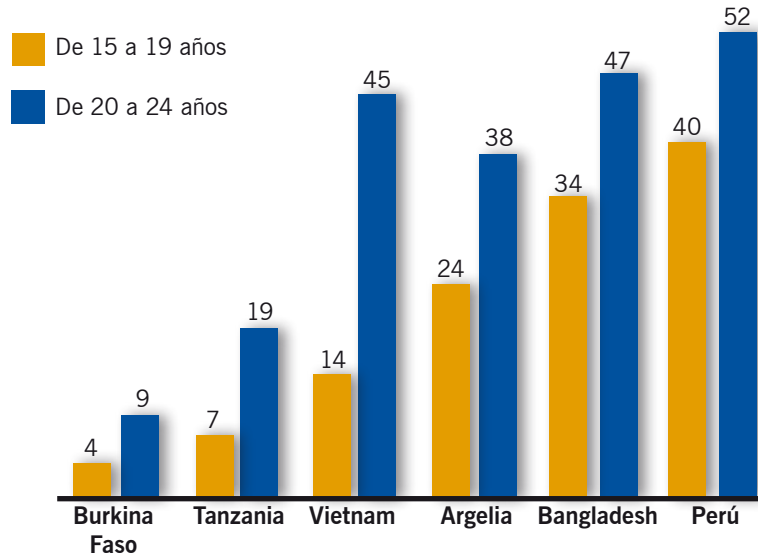
Uno de los problemas más visibles es el embarazo no deseado/planificado de adolescentes y jóvenes, que entre otras consecuencias arroja una cifra de más de 5 millones de chicas con edades comprendidas entre 15 y 19 años que interrumpen su embarazo de forma voluntaria, la mayoría en condiciones insalubres e ilegales, reflejando así la insuficiencia en la provisión y acceso a información y métodos anticonceptivos modernos y eficaces (figura 3). La importante repercusión en su salud y oportunidades vitales es evidente, no sólo por el riesgo incrementado de la maternidad en edades precoces para su salud, sino también por el abandono de su escolarización y formación y el consecuente incremento de la vulnerabilidad social y económica.

Los niveles de mortalidad materna para chicas entre 15 y 19 años doblan los del grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 29 años. La probabilidad de que una niña de 15 años muera como consecuencia de una complicación relacionada con el embarazo y el parto a lo largo de su vida es más elevada en África con 1 de cada 26. En las regiones desarrolladas, esa probabilidad es de 1 de 7.300 niñas. De los 171 países y territorios en los que se realizaron estimaciones, Níger fue el país que presentó mayor riesgo (1 de cada 7)¹⁵.

15. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr56/es/index.html>

Figura 3. Mujeres casadas (%) que usan anticonceptivos según grupos de edad y países seleccionados

Pocentaje de mujeres casadas que usan algún método anticonceptivo moderno



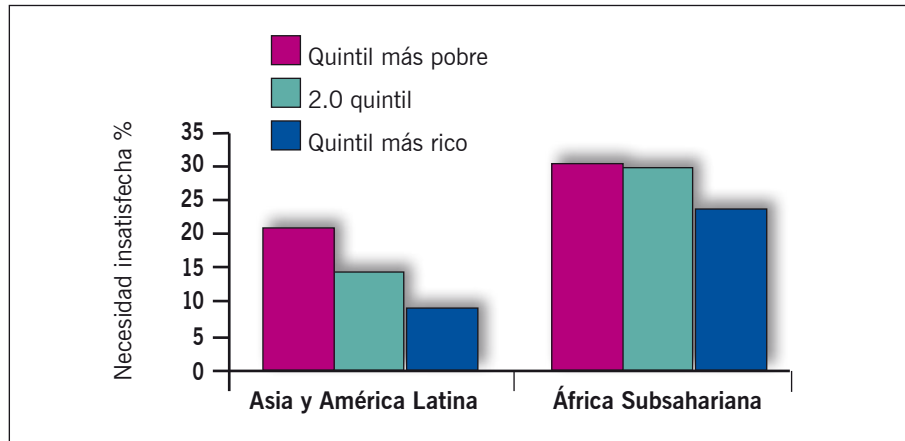
Fuente: ORC. Macro Encuestas Demográficas y de Salud, Pan Arab Project for Family Health of the League of Arab States. Los años de las encuestas son del 2000 al 2004.

3.1.3. Planificación Familiar (PF)

A pesar del importante incremento en el uso de los servicios de planificación familiar en los últimos años, la necesidad insatisfecha persiste tozudamente en determinadas regiones del mundo, donde se observan bajas tasas de prevalencia, sobre todo entre las personas jóvenes.

En términos sociales y económicos más amplios, la planificación familiar puede liberar a las mujeres del ciclo de embarazos repetidos y poco espaciados, mejorando su salud –y por añadidura la de sus familias-, reduciendo sus condiciones de pobreza y permitiéndoles ser económicamente activas. Prestar la atención adecuada a los servicios de PF contribuirá a reducir la exposición a riesgos reproductivos, y a empoderar a las mujeres –particularmente las jóvenes- en los ámbitos de la educación, el empleo y la participación social. No se puede perder de vista el coste que en muchos países supone acceder a métodos anticonceptivos y que determina la inequidad en su acceso (figura 4)

Figura 4



Necesidad insatisfecha en mujeres casadas según quintiles de las EDS. Promedios no ponderados procedentes de datos de 9 EDS en Asia/América Latina y 8 en África, donde las tasas de prevalencia general de anticonceptivos son de entre 20 y 60%.

No obstante, la PF tiene que ser considerada como una inversión a largo plazo: una mujer sexualmente activa que sólo desee tener 3 hijas/os tendrá que utilizar métodos anticonceptivos durante 16 años de su vida, especialmente si desea evitar los abortos como consecuencia de embarazos no deseados/planificados.

Más de 300 millones de mujeres de todo el mundo afirman no querer tener más de 3 hijas/os o desean que su siguiente embarazo no se produzca inmediatamente, pero aún así no utilizan, o no pueden utilizar un método de PF eficaz.

Alrededor de un tercio de los embarazos, globalmente unos 80 millones al año, son no deseados o no planificados.

En África subsahariana, tres de cada cuatro mujeres dice no utilizar ningún método anticonceptivo moderno y eficaz (Figura 5).

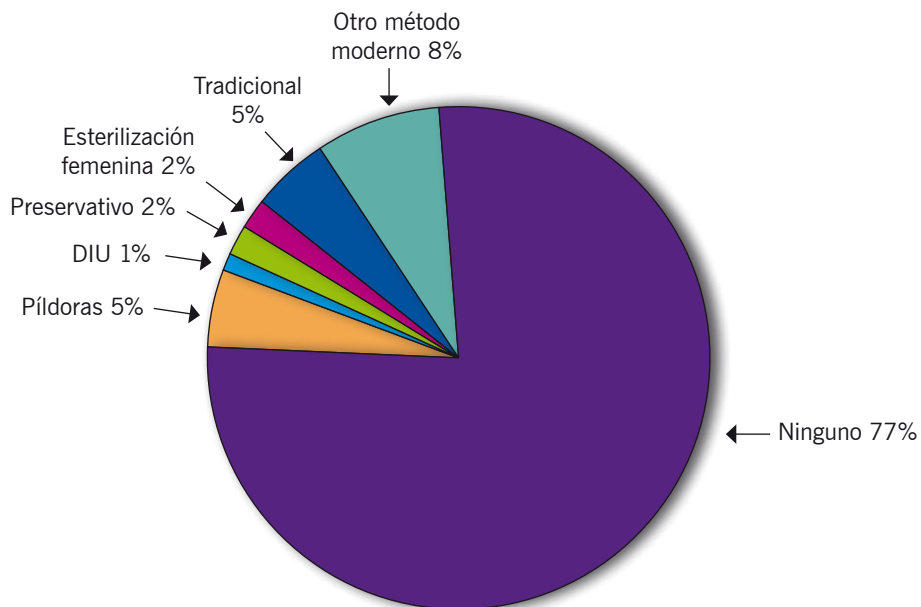
Se estima que para 2015 (fecha final para el cumplimiento del Plan de Acción de la CIPD y de los ODM) habrá alrededor de 742 millones de personas que hagan uso de métodos de PF modernos; a medida que la población aumenta, también aumenta la proporción de parejas que desean utilizar las últimas tecnologías en materia de anticoncepción.

La necesidad insatisfecha de PF es uno de los nuevos indicadores dentro de la nueva meta “Lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva” del ODM5.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar –a diferencia entre los deseos manifestados por las mujeres de no tener hijos o prorrogar la maternidad y el uso real de métodos anticonceptivos– ha disminuido en la mayoría de los países que tienen tendencias perceptibles. Sin embargo, en África Subsahariana, cerca de una de cada cuatro mujeres casadas tiene necesi-

dades insatisfechas, y el aumento promedio en el uso de anticonceptivos apenas ha avanzado al mismo ritmo que el deseo creciente de postergar o limitar los nacimientos. Esto contribuye a la mantención de una alta tasa de fecundidad en la región y dificulta el logro de otros objetivos relacionados, como la reducción de la mortalidad infantil, el hambre, la desnutrición y el aumento de la matrícula en enseñanza primaria.

**Figura 5. Distribución de métodos anticonceptivos.
África Subsahariana**



En todas las regiones, estas necesidades insatisfechas son mayores en las familias más pobres. Este fenómeno es más pronunciado en América Latina y el Caribe, donde el 27% de las familias más pobres tienen necesidades insatisfechas en comparación con el 12% de las familias de mayores recursos. En África subsahariana, las necesidades insatisfechas son elevadas –superiores al 20%– incluso entre las familias con mayores recursos. Como se ha comentado ya, estas necesidades insatisfechas son especialmente elevadas entre las jóvenes.

Entre los factores que inciden en esta necesidad insatisfecha se encuentran las barreras geográficas, sociales, económicas e institucionales, –mayores en sectores de la población más desfavorecidos–, a lo que hay que sumar la responsabilidad exclusiva en la anticoncepción por parte de las mujeres, ya que el poder/dominio masculino en las decisiones relacionadas con la salud reproductiva y especialmente con la sexualidad persiste en demasiadas ocasiones como un obstáculo para el uso de la anticoncepción, sobre todo si el varón se opone a estos métodos.

La CIPD y otras conferencias anteriores, instaron a los hombres a desempeñar plenamente su papel en la lucha por la igualdad de género, dentro del marco de la SR y el desarrollo de la población. La Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijing, reiteró el principio de la responsabilidad compartida.

Las pruebas objetivas también sugieren que las presiones culturales en torno a cuestiones de género acrecientan la vulnerabilidad de los hombres a tener una mala salud sexual. Los conceptos de construcción social relativos a masculinidad y sexualidad pueden agravar la conducta de riesgo y reducir la probabilidad de que los hombres soliciten asistencia. Las presiones culturales en torno a la masculinidad alimentan la necesidad de los hombres de probar su potencia sexual, pueden propiciar que busquen múltiples compañeras y que ejerzan autoridad sobre las mujeres. Las presiones en torno a la masculinidad, sumadas a la represión sexual,

redundan en crecientes tasas de violación sexual y otras formas de violencia contra las mujeres. En muchas culturas se asocia la masculinidad con un sentido de la invulnerabilidad y se socializa a los varones para que se valgan por sí mismos, no demuestren sus emociones y no pidan ayuda en momentos de necesidad. Datos recogidos en Sudáfrica indican que la probabilidad de utilizar servicios voluntarios de asesoramiento y detección de ITS es mucho menor para los hombres que para las mujeres. Los hombres constituyen solo un 21% de las personas usuarias de estos servicios, y sólo un 30% de las personas que reciben tratamiento.

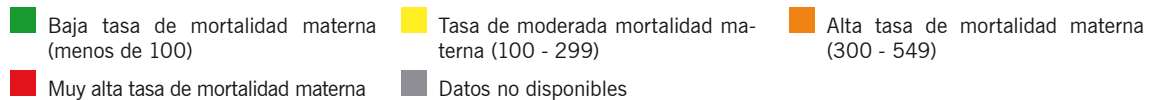
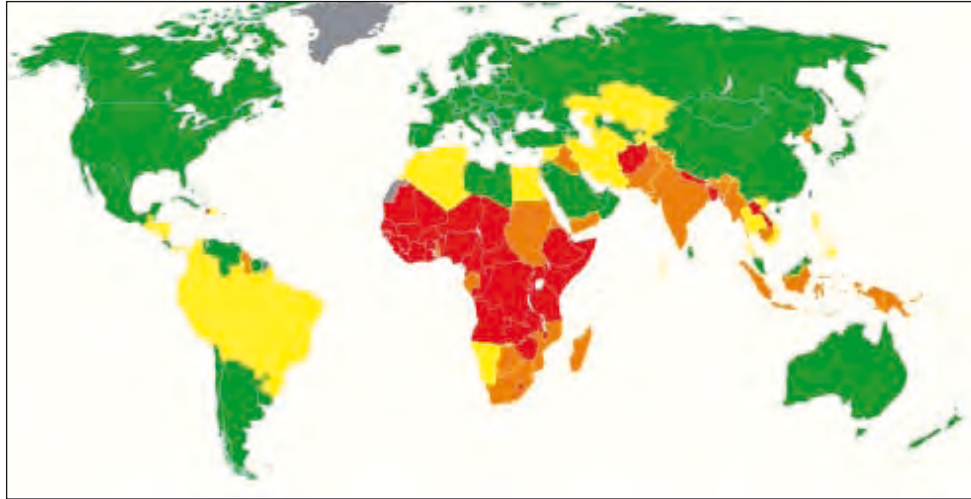
Cabe decir por tanto que las presiones y las expectativas culturales, la ignorancia y la ansiedad alientan la asunción de riesgos y exponen no sólo a los adolescentes y hombres adultos, sino también a sus compañeras sexuales, a un mal estado de salud sexual y reproductiva.

3.1.4. Salud materna

El embarazo y el parto son las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de los países empobrecidos. Cerca de 600.000 mujeres mueren cada año como resultado directo de un embarazo, y un 99% de estos fallecimientos se producen en los países en desarrollo. La distribución mundial también en este caso es desigual entre regiones, países e incluso entre áreas geográficas en el interior de los países (Figura 6, Tabla 4)

Al menos, el 75% de las muertes maternas ocurren sin necesidad alguna, podrían evitarse mediante programas de salud reproductiva. Las principales causas de mortalidad materna son bien conocidas (Figura 7). En África subsahariana el riesgo de que una mujer muera por complicaciones tratables o prevenibles del embarazo o parto durante toda su vida es de 1 entre 22, mientras que en las regiones desarrolladas es de 1 entre 7.300 (tabla 4).

Figura 6. Distribución mundial de la tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2005



Según el último estudio de estimación elaborado por la OMS, UNFPA, UNICEF y el Banco Mundial en 2005, las mujeres de Sierra Leona presentan el mayor índice de mortalidad materna del mundo, con 2.100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, seguida de Afganistán, con 1.800 muertes¹⁶.

En todo el mundo, sólo un 53% de los partos tienen lugar con la asistencia de personal cualificado, lo que significa que más de 50 millones de mujeres están insuficientemente atendidas

16. http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf

y/o desatendidas durante el parto. En la región de Asia Meridional, esta cifra alcanza su mínimo –entre las regiones más desfavorecidas– con tan sólo 38% (Informe ODM 2007)(Figura 8).

Figura 7. Distribución de principales causas de mortalidad materna

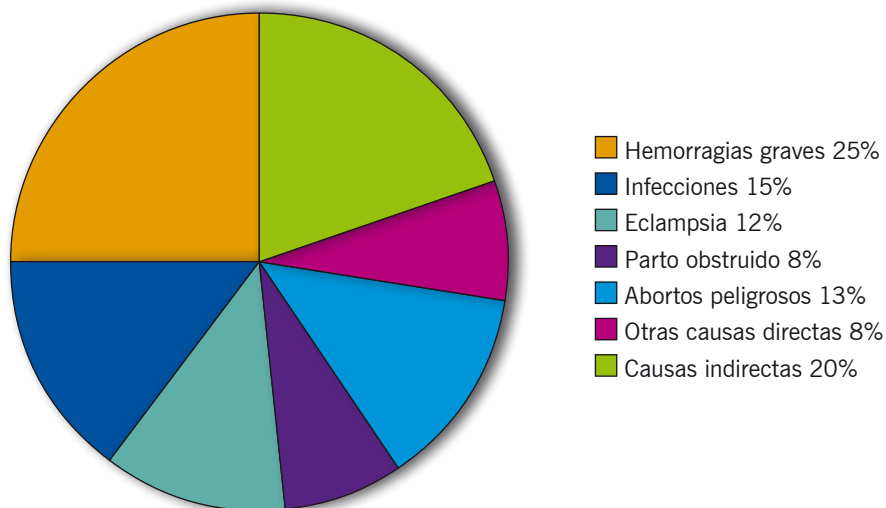
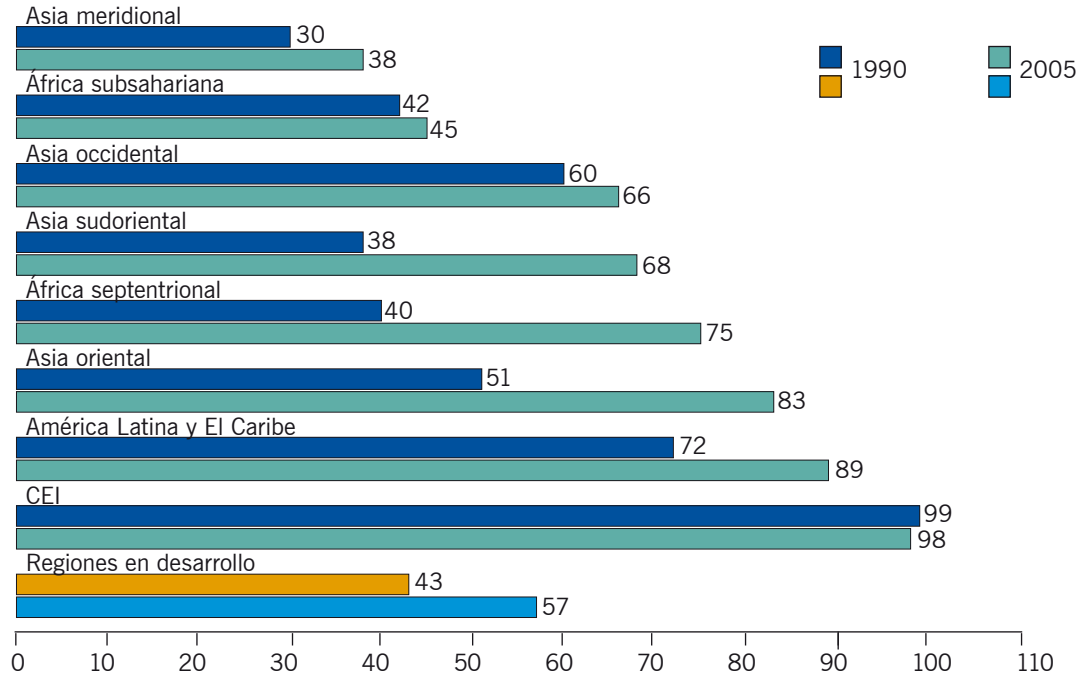


Figura 8. Proporción de partos asistidos por personal sanitario cualificado 1990-2005



Fuente: Informe ODM 2007

Estas cifras siguen siendo alarmantes, y los casos reales que se encuentran detrás de ellas son aún peores. Cada año, 1 millón de niñas/os se quedan huérfanas/os de madre, lo que reduce sus propias posibilidades de sobrevivir.

Tabla 4. Ratio Mortalidad Materna según regiones del mundo

Región	RMM*	Nº defunciones maternas*	Riesgo de defunción maternal a lo largo de la vida*. 1 de	Margen de Incertidumbre de estimaciones de RMM	
				Mínima	Máxima
Total Mundial	400	536.000	92	220	650
Regiones Desarrolladas**	9	960	7300	8	17
Países CEI***	51	1.800	1200	28	140
Regiones en desarrollo	450	533.000	75	240	730
Africa	820	276.000	26	410	1.400
Norte de Africa****	160	5.700	210	85	290
Africa Subsahariana	900	270.000	22	450	1.500
América Latina y Caribe	130	15.000	290	81	230
Asia	330	241.000	120	190	520
Asia Meridional	490	188.000	61	290	750
Sudeste Asiático	300	35.000	130	160	550
Asia Occidental	160	8.300	170	62	340
Asia Oriental	50	9.200	1.200	31	80
Oceanía	430	690	62	120	1.200

* La RMM y el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida se han redondeado conforme al siguiente esquema: <100, sin redondeo; 100–999, redondeo a la decena más próxima, y > 1000, redondeo a la centena más próxima. Las cifras de defunciones maternas se han redondeado de la siguiente manera: < 1000, redondeo a la decena más próxima; 1000–9999, redondeo a la centena más próxima, >10.000, redondeo al millar más próximo.

** Incluye Albania, Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Canadá, República Checa, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, los Estados Unidos de América, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumanía, Serbia y Montenegro (Serbia y Montenegro se convirtieron en entidades independientes en 2006), Suecia, Suiza, el Reino Unido, la ex República Yugoslava de Macedonia.

*** Los países CEI son Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán, República de Moldova, Federación de Rusia y Ucrania.

**** Excepto Sudán, que se incluye en el África subsahariana.

El fallecimiento materno representa también invariablemente una pérdida económica para la familia y crea una carga adicional para los demás parientes y para la comunidad en general.

En lo relativo a la *morbilidad materna*, se puede decir que por cada mujer que muere a causa del embarazo y parto, se calcula que alrededor de 35 (unas 50 millones de mujeres) quedan afectadas por complicaciones graves, como la ruptura y prolapso del útero, la enfermedad inflamatoria pélvica o lesiones en el tracto genital inferior, que se traducen en secuelas muy importantes para sus vidas.

La proporción de mujeres embarazadas de las regiones en desarrollo que recibieron asistencia al menos una vez durante la gestación, aumentó de poco más de la mitad a comienzos de los años 90 y a casi tres cuartos diez años más tarde. Aunque se debe decir que ha sido un avance, la OMS y UNICEF recomiendan un mínimo de cuatro consultas de atención prenatal. En África, sólo un 42% de las mujeres tuvieron acceso al número de consultas recomendadas por ambas agencias de NNUU.

Se estima anualmente que 80.000 mujeres desarrollan una fístula tras el parto, como consecuencia de la obstrucción del parto o trabajo de parto prolongado. La fístula obstétrica provoca para las mujeres situaciones de exclusión social y en demasiadas ocasiones son repudiadas por sus maridos. Este estigma empeora en muchas comunidades que consideran la aparición de esta patología como un castigo divino consecuencia de un comportamiento inadecuado o como un tipo de infección de transmisión sexual.

El alto índice de mortalidad y morbilidad materna refleja claramente las inequidades que existen entre los hombres y las mujeres en el acceso a servicios sanitarios. Las mujeres en situación de embarazo se enfrentan a las que se llaman las “tres demoras” que llevan a la muerte de las

madres: a nivel comunitario (para identificar a las mujeres con dificultades), en el camino al hospital de referencia (imposibilidad de conseguir transporte, carreteras en mal estado) o a la llegada al hospital de referencia (ausencia de personal, escasez de medicamentos o de otros materiales).

Para alcanzar el quinto ODM es necesario reducir en un 5,5% anual la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, pero las cifras publicadas (2007) por la OMS, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco Mundial muestran una reducción anual inferior al 1%¹⁷.

Las nuevas estimaciones de la mortalidad materna muestran progresos en los países de ingresos medios, pero la reducción anual entre 1990 y 2005 en el África subsahariana ha sido tan sólo del 0,1%. La reducción necesaria del 5,5% anual no se ha alcanzado durante ese periodo en ninguna región; Asia Oriental fue la que más se acercó a esa cifra, con una reducción del 4,2% anual. En África del Norte, Asia Sudoriental y América Latina y el Caribe, la reducción también ha sido relativamente más rápida que en el África subsahariana.

3.1.5. Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH

La pandemia de VIH/sida se compone de epidemias múltiples y dinámicas, incluso en un mismo país. Actualmente se clasifican como:

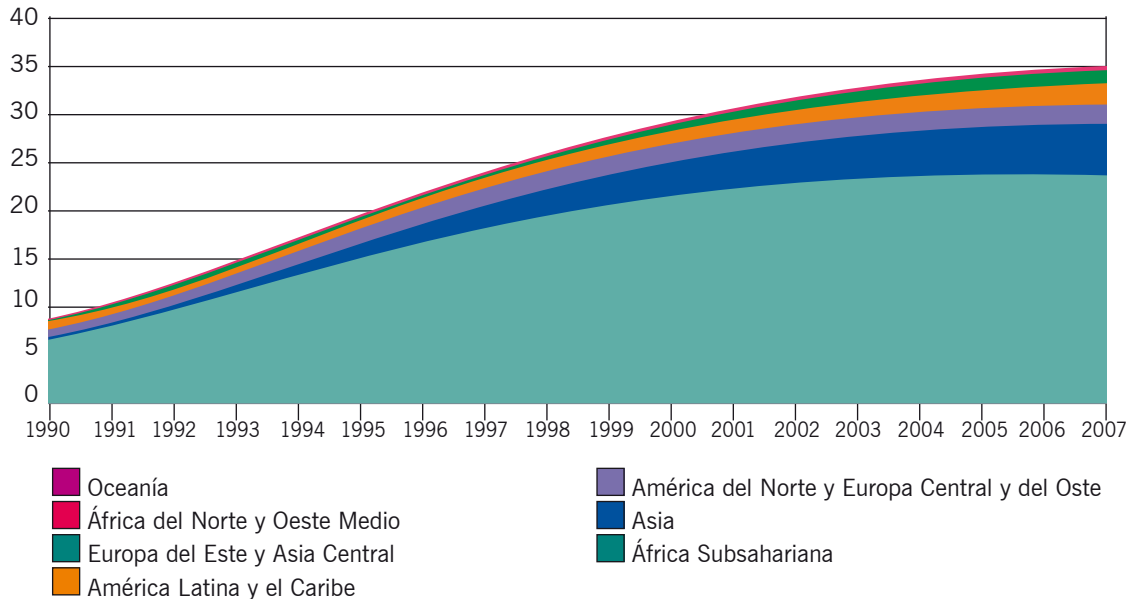
- Epidemia generalizada: aquellas en las que la prevalencia de HIV supera el 1% entre la población general.

17. En 2005 fallecieron 536.000 mujeres por causas relacionadas con la maternidad, en comparación con las 576.000 fallecidas en 1990

- Epidemia concentrada: aquellas en las que la prevalencia de HIV supera el 5% en algún subgrupo de población, como por ejemplo los usuarios/as de drogas inyectables, trabajadores/as sexuales, hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Epidemias de bajo nivel: aquellas en las que la prevalencia es inferior al 5% en algún subgrupo de población.

Aunque el porcentaje de personas que vive con el VIH muestra indicios de estabilización según los últimos informes, los índices epidemiológicos de la pandemia son muy elevados. Conviene señalar que el número de personas viviendo con el VIH en el mundo y el número de

Figura 9. Personas viviendo con VIH (niños y adultos). 1990-2007



Fuente: Adaptado de UNAIDS Report 2008

fallecimientos han aumentado en 2007 con respecto a 2001 y por tanto señala la alerta y la dirección del trabajo que aún queda por hacer (figura 9).

Las mujeres representan una proporción cada vez mayor de personas con infección, siendo especialmente visible en la región de África subsahariana, donde casi el 60% de las personas viviendo con la infección en 2007 eran mujeres. A nivel global, se estimó en 0.6% la tasa de mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad viviendo con VIH, frente al 0.4% de los varones en el mismo grupo de edad. Según el último informe de ONUSIDA, los datos recabados por los países a través de las encuestas sugieren que algún programa de prevención ha resultado exitoso en la reducción de comportamientos sexuales de riesgo.

En relación a las nuevas infecciones por VIH, 2.7 millones de personas (rango entre 2.2 - 3.2) contrajeron la infección en 2007, frente a los 3 millones (entre 2.6 – 3.5) en el año 2001. El volumen de nuevas infecciones a nivel mundial constituye uno de los mayores retos actuales en el control de la epidemia; superan actualmente el número de muertes por sida. De hecho aunque en algunos países ha disminuido el número de nuevas infecciones, el incremento observado en otros muchos contrarresta ampliamente la tendencia.

Es en la reducción de la transmisión vertical (madre-hijo) donde se ha registrado el mayor avance, sin duda como consecuencia de: la provisión de tratamiento antirretroviral, la realización de cesáreas electivas y la recomendación de evitar la lactancia materna. Obviamente, la distribución es desigual y si bien en el mundo desarrollado se ha llegado a que esta vía de transmisión sea inferior al 1%, en el mundo en desarrollo aún no se han alcanzado los niveles suficientes ni óptimos de protección de los recién nacidos, ya que entre la población de menos de 15 años ésta continúa siendo la vía principal de transmisión de la infección. Se han producido un total de tres millones de fallecimientos de niños y niñas desde que se desató la epidemia. En términos de impacto en la infancia, no se puede olvidar la dramática

cifra de niños y niñas huérfanos de alguno de sus progenitores a causa del sida. La cifra es abrumadora: se cree que para 2010 haya 40 millones de huérfanos/as del sida de los que el 95% vive en África.

La mayoría de las nuevas infecciones se producen por vía sexual y en especial por relaciones heterosexuales (En África subsahariana se producen casi en su totalidad a través de relaciones heterosexuales). En algunas regiones del mundo aún se observan proporciones muy altas de infección cuya vía de transmisión es el uso de drogas intravenosas. Por otro lado, los países que actuaron con rapidez distribuyendo condones y poniendo en marcha programas de educación sexual cuando apareció por primera vez el VIH/sida, han conocido los resultados más favorables en la lucha contra el avance de esta enfermedad.

Los últimos datos recogidos para el Informe ODM 2008 respecto a los programas de prevención, demuestran que están dando resultados, especialmente en la reducción de comportamientos sexuales de riesgo. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas de 15 a 24 años refleja con precisión lo que ha ocurrido en general con la epidemia, ya que es probable que en este grupo etáreo las infecciones sean recién adquiridas y la mortalidad y el tratamiento antirretroviral tengan menor influencia en los datos. Desde 2000-2001 la prevalencia de VIH en mujeres jóvenes que asisten a clínicas prenatales disminuyó en 14 de los 17 países más afectados.

Las brechas en la distribución de la riqueza, de las oportunidades económicas y en equidad social que se observan en países en desarrollo –los más afectados actualmente por la epidemia-, se profundizan cuando se observa el impacto de ésta sobre colectivos humanos desfavorecidos o en situación de exclusión y/o desigualdad.

La CIPD de 1994 destacó la importancia de integrar la prevención del VIH/sida en la Salud Sexual y Reproductiva, promoviendo su integración como uno de los componentes esenciales

del paquete mínimo de actividades en este ámbito. Las dos revisiones anteriores del Plan de Acción surgido de dicha Conferencia (Cairo+5 y Cairo+10) plantean la importancia de promover: un mayor acceso a preservativos masculinos, un amplio suministro y distribución de preservativos femeninos, promoción de legislación para evitar la discriminación contra las personas afectadas por el VIH/sida, los tratamientos antirretrovirales para las mujeres afectadas durante y después del embarazo e información para las mujeres sobre el VIH y la lactancia materna.

Además del VIH, existen muchas otras Infecciones de Transmisión Sexual (existen más de 30 patógenos bacterianos, víricos y parasitarios que pueden transmitirse por vía sexual) que pueden tener un impacto negativo en la salud sexual y reproductiva de las personas y en sus comunidades. Algunas ITS provocan escasa sintomatología pudiendo generar patologías importantes con diagnósticos tardíos y en muchas ocasiones dichas patologías provocan secuelas para la salud (enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad en las mujeres, carcinoma de cérvix, embarazos ectópicos).

Entre las mujeres, las infecciones gonocócicas y por Chlamydia no tratadas pueden dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria hasta en un 40% de los casos y un 25% de éstos origina infertilidad. Los recién nacidos de madres con ITS pueden presentar problemas importantes de salud, siendo algunos de ellos irreversibles.

Un dato: cada año se registran en todo el mundo más de 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas y protozoarias de transmisión sexual.

Las ITS han trascendido a la agenda de salud sexual y reproductiva como consecuencia de su evidente papel en la transmisión del VIH. Es conocido el hecho de que sufrir una ITS sitúa a quien la padece en situación de mayor vulnerabilidad frente a la transmisión del VIH.

La OMS publicó en 2006 su Estrategia Mundial de Prevención y control de las infecciones de Transmisión Sexual 2006-2015, la cual aboga por extender de modo más generalizado la prestación de atención de calidad contra las ITS en el ámbito de la atención primaria, los servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios que proporcionan tratamiento contra el VIH. Para llevar a cabo esta labor, todos los actores implicados en la promoción de la salud han de trabajar juntos: proveedores de servicios, órganos legislativos, gobiernos, empresas privadas, las comunidades afectadas y especialmente las mujeres.

3.1.6. Aborto inseguro

El aborto inseguro constituye todavía hoy un grave problema de salud pública, ya que la mortalidad materna asociada a la prevalencia del aborto que se realiza en condiciones que atentan contra la vida de las mujeres aún es enormemente elevada y evitable. La penalización y/o criminalización del aborto trae como consecuencia el aborto inseguro o clandestino, que se realiza en condiciones de riesgo para la salud de la mujer.

En el mundo uno de cada diez embarazos termina en aborto inseguro, siendo Asia, África y América Latina las regiones que poseen las cifras más altas, lo que coloca al aborto inseguro como la tercera causa de muerte materna a nivel mundial. Se estima que en el mundo 68 mil mujeres mueren cada año por causa de abortos inseguros, la mayoría de ellos en países en desarrollo donde, debido a la falta de acceso a planificación familiar, ocurren embarazos no planeados, que resultan en 19 millones de abortos inseguros por año.

El acceso a una anticoncepción segura y efectiva reduce la incidencia de abortos inducidos, además el acceso a procedimientos seguros en áreas pobres puede reducir el número de muertes, complicaciones, así como menos niñas y niños huérfanos por causa de abortos inseguros.

En la actualidad se estima que 211 millones de embarazos ocurren cada año y cerca de 46 millones de estos terminan en abortos inducidos, de los cuales aproximadamente sólo el 60 por ciento se realizan bajo condiciones seguras, por lo que el aborto inseguro es la tercera causa de muerte materna debido a sangrado constante y sepsis.

Se estima que 100 mil muertes maternas pueden evitarse cada año si las mujeres que no quieren tener hijas e hijos pudieran usar anticonceptivos efectivos¹⁸. Además, las complicaciones relacionadas con el embarazo son la principal causa de muerte entre las niñas de 15 a 19 años en todo el mundo.

Al respecto, el UNFPA, señala que una cuarta parte de todos los abortos realizados en malas condiciones en el mundo cada año son practicados a jóvenes de entre 15 y 19 años de edad, lo que suma cerca de 20 millones de abortos anuales.

El riesgo de embarazo y parto ha aumentado por falta de empoderamiento, educación y acceso a recursos económicos de las mujeres, así como la pobre nutrición y los duros trabajos físicos durante el embarazo.

En África, donde el aborto está penalizado en muchos países, se producen 650 muertes por cada 100.000 procedimientos, comparado con los menos de 10 fallecimientos que ocurren en las regiones desarrolladas.

Durante la Tercera Conferencia Africana sobre la Salud y los Derechos Sexuales, celebrada en Abuja, Nigeria, en febrero de 2008, se recordó el *Plan de Acción de Maputo que “proporciona un marco conceptual para monitorizar y medir los avances en la lucha contra el aborto inse-*

18. Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos: <http://www.wgnrr.org/home.php>

guro, entre cuyos indicadores se encuentran: el número de países con planes de acción y el número de establecimientos de salud donde se proporciona atención segura del aborto”.

En última instancia, no se puede depender solamente de las administraciones sanitarias o los proveedores de servicios de salud para que tomen las medidas urgentes necesarias para hacer cumplir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y disminuir las tasas de abortos inseguros. Son actores clave pero no son los únicos que han de implicarse en la disminución de la tasa de abortos inseguros. Sin duda, se requiere de un debate social amplio liderado por las mujeres, que son las afectadas por el problema, que ponga de manifiesto la necesidad de que ante una situación de aborto, este procedimiento debe ser seguro para su salud presente y futura. La sociedad civil organizada juega un papel fundamental en la visibilización del problema y en la dinamización social suficiente para promover una legislación protectora e inclusiva de los DDSSRR que necesariamente abarca la disminución de estas muertes evitables en el mundo.

Es imperativo aumentar los esfuerzos para: reducir el estigma en torno a la educación sexual y extender sus contenidos a la población general, aumentar la cobertura de los servicios de planificación familiar y disminuir las necesidades insatisfechas; abordar de modo efectivo las elevadas tasas de aborto con base en la evidencia científica y sin la intromisión de otros códigos no socio-sanitarios en el análisis, así como para disminuir el conjunto de barreras que impiden que las mujeres reciban la atención que necesitan.

3.1.7. Mutilación Genital Femenina

La Mutilación Genital femenina (MGF) ó excisión genital femenina se refiere a “todos los procedimientos quirúrgicos que exigen la eliminación parcial o total de los genitales externos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones culturales o no terapéuticas”.

Las consecuencias para la salud de este procedimiento varían según el alcance de la excisión, la técnica y las condiciones en que se realice. No se detallará en este texto la variedad de procedimientos y tipología de la mutilación; se remite a textos médicos para ello.

La MGF causa un daño irreparable y además puede ocasionar la muerte por hemorragia, cuadro neurogénico como resultado del dolor y del trauma y/o una grave e insuperable infección y septicemia. Otros efectos y secuelas incluyen: incapacidad para sanar; formación de abscesos; quistes; crecimiento excesivo de tejido de cicatrización; infecciones del tracto urinario; cicatrices de neuroma; dolor durante la actividad sexual; un aumento en la susceptibilidad ante el VIH/sida, la hepatitis y otras enfermedades transmitidas por la sangre; infecciones del tracto reproductivo; enfermedad inflamatoria pélvica; infertilidad; menstruación dolorosa; obstrucción crónica del tracto urinario; incontinencia urinaria; obstrucción en el parto y un aumento en el riesgo de hemorragia e infección durante el parto.

La mutilación/excisión genital femenina es una conculcación de la integridad física y psico-sexual de la mujer y de la niña y una forma de violencia contra ellas, por lo que es universalmente inaceptable.

Las estimaciones sobre el total de mujeres vivas hoy en día que han sido sometidas a la mutilación genital varían entre 100 y 130 millones. Alrededor de 26 millones han sido sometidas a la infibulación, la forma más grave de MGF. Si se aplican las tasas actuales de natalidad, significa que alrededor de 2 millones de niñas corren el peligro de sufrir alguna forma mutilación genital cada año.

Estas prácticas se han registrado en por lo menos 28 países de África, en varios grupos de Asia meridional y oriental y entre algunos emigrantes de Europa, América del Norte y Australia que proceden de estos países y regiones.

La MGF se practica sobre todo a niñas y adolescentes entre los 4 y los 14 años de edad. Sin embargo, en algunos países hasta la mitad de los casos se realizan en recién nacidas de un año, como en Eritrea (44%) ó Mali con un 29%.

Quienes llevan a cabo la mutilación genital son practicantes locales que heredan tradicionalmente esta tarea y son mayoritariamente y casi en exclusiva mujeres. Disfrutan de una situación especial en la sociedad tradicional y reciben un pago por sus servicios. También han comenzado a darse casos en que practicantes médicos como las parteras capacitadas y las enfermeras se han hecho cargo de la mutilación femenina -práctica que parece haber aumentado en algunos países durante los últimos diez años-. Esto, que se opone al derecho básico a la integridad del propio cuerpo, implica que en lugar de poner fin a la práctica, tiende a legitimizarla.

En 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una declaración conjunta con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) contra la práctica de la MGF. En febrero de 2008 se hizo pública una nueva declaración con el apoyo de más organismos de NNUU en la que se abogaba por un aumento de las actividades de promoción del abandono de la MGF. En la declaración de 2008 se presentan nuevos datos recopilados en los últimos diez años, se destaca el reconocimiento cada vez más amplio de sus dimensiones legales y de su relación con los derechos humanos, y se aportan datos sobre su frecuencia y alcance. Asimismo, se resumen las investigaciones sobre las causas de su persistencia, la forma de detenerla y sus efectos perjudiciales para la salud de las mujeres, las niñas y los recién nacidos.

Desde 1997 se han hecho grandes esfuerzos para luchar contra la MGF a través de la investigación, del trabajo con las comunidades y del cambio de las políticas públicas. Los progresos realizados a nivel tanto internacional como local incluyen:

- una participación internacional más amplia en la eliminación de la MGF;
- la creación de organismos internacionales de seguimiento y la adopción de resoluciones que condenan la práctica;
- la revisión de los marcos legislativos y un apoyo político creciente a su eliminación, y
- en algunos países, la disminución de la práctica de la MGF y el aumento del número de mujeres y hombres de las comunidades afectadas que se declaran a favor de su eliminación.

Las investigaciones revelan que si las comunidades afectadas decidieran abandonarla, la MGF podría eliminarse muy rápidamente.

Sin embargo, cabe decir que aún queda mucho por hacer para la eliminación de la MGF, y que aunque internacionalmente se dispone de instrumentos de derecho que propician las actuaciones a favor de la eliminación de estas prácticas, deben aún interiorizarse y constituirse en elementos propios de las legislaciones nacionales de aquellos países donde se practica todavía. Una vez incluido en este marco legislativo nacional, queda el reto de su cumplimiento en el conjunto de los territorios nacionales. En muchos países donde la presencia de la administración nacional queda concentrada en las grandes ciudades y no alcanza a ser visible ni actuar en zonas alejadas, es importante el trabajo continuo con las comunidades y la sociedad civil para exigir el cumplimiento de los derechos de las mujeres a no sufrir violación de su integridad física y psíquica.

3.1.8. Violencia basada en género

La violencia basada en el género (VBG) es uno de los abusos contra los derechos humanos y uno de los problemas más extendidos en el mundo actual, que afecta a una de cada tres mu-

jeros. Es también una manifestación extrema de la desigualdad relacionada con el género, impuesta a las mujeres y a las niñas a causa de su posición de subordinación en la sociedad.

Las consecuencias de la VBG son importantes y a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física y psicológica de las mujeres y las niñas. Al mismo tiempo, repercute poniendo en peligro el desarrollo de otros niños y niñas en la familia, de la familia como entidad social de las comunidades donde viven las personas afectadas y de la sociedad en general.

La violencia basada en el género afecta y repercute en muchos ámbitos de la cotidianidad y la vida de las niñas y mujeres además de en su salud, fragilizando las opciones vitales para su desarrollo y crecimiento personal y su mundo relacional. Nos centraremos en este documento en la violencia sexual y en las repercusiones en la salud sexual y reproductiva de las víctimas de violencia.

El maltrato físico y sexual afecta la salud reproductiva de las mujeres, de modo directo por el traumatismo y sus secuelas físicas, el incremento del riesgo para la salud como consecuencia de la relación sexual forzada el impacto psicológico en quien sufre el acto violento, el temor, o indirectamente por los efectos psicológicos de medio y largo plazo que también pueden generar comportamientos de riesgo.

Los niños también pueden sufrir las consecuencias, ya sea durante el embarazo de la madre, o en su propia niñez a causa del descuido, los efectos psicológicos o sobre su desarrollo, resultantes de presenciar el maltrato o sufrirlo personalmente (Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999). En el recuadro siguiente se sintetiza cómo la violencia socava el control de la mujer sobre su propia salud reproductiva y también sobre la salud de sus hijos.

Salud Reproductiva: Riesgos y consecuencias de la violencia contra las mujeres

- Es más probable que los hombres autores de maltrato físico tengan múltiples parejas sexuales y que las fuercen a mantener relaciones, con lo cual las exponen a ITS, incluida la infección por el VIH.
- Las mujeres víctimas de maltrato son menos capaces de negarse a mantener relaciones sexuales forzadas, usar anticonceptivos o negociar el empleo del condón, con lo cual aumenta su riesgo de embarazos no deseados y de contraer ITS/VIH.
- La violencia física y sexual aumenta el riesgo de que las mujeres sufran muchos problemas de salud reproductiva, como dolor pélvico crónico, flujo vaginal, disfunción sexual y problemas premenstruales, además de embarazos malogrados por abortos e hijos con bajo peso al nacer.
- El temor, el aislamiento geográfico y la falta de recursos económicos pueden impedir que las mujeres busquen servicios de salud reproductiva –atención prenatal, servicios ginecológicos y anticonceptivos, detección y atención de ITS/VIH– y atención adecuada para sus hijos.
- El hecho de haber presenciado o sufrido la violencia contra las mujeres durante la infancia se ha asociado con comportamientos arriesgados durante la adolescencia y la edad adulta: la iniciación sexual temprana, el embarazo en las adolescentes, las parejas múltiples, el abuso de sustancias psicotrópicas, el comercio sexual, y no emplear condones u otros métodos anticonceptivos.

Según un estudio efectuado por la OMS (2005) sobre violencia doméstica en el que participaron diversos países, entre el 10 y el 12% de las mujeres en Perú, Samoa y Tanzania han sufrido violencia sexual fuera de la pareja después de los 15 años de edad.

Pese a que las mujeres corren un mayor riesgo de sufrir violencia infligida por sus compañeros íntimos que por otras personas, la violencia sexual infligida fuera de la pareja también es frecuente en numerosos escenarios. Según el Estudio del Secretario General de NNUU (2006): *“Por violencia sexual infligida fuera de la pareja se entiende la violencia infligida por un pariente, un amigo, un conocido, un vecino, un compañero de trabajo o un extraño. Es difícil hacer estimaciones de la prevalencia de la violencia sexual infligida fuera de la pareja, porque en numerosas sociedades la violencia sexual sigue siendo fuente de profunda vergüenza para las mujeres y frecuentemente para sus familias. Por ejemplo, es notorio que las estadísticas de violación extraídas de los archivos policiales no son confiables, porque hay una gran cantidad de casos que no se denuncian”*.

Se estima que en todo el mundo, una de cada cinco mujeres será víctima de violación o intento de violación en el transcurso de su vida.

En muchas sociedades, el sistema jurídico y las actitudes sociales intensifican el trauma que experimentan las víctimas de violación. Con frecuencia, se responsabiliza a las mujeres por la violencia ejercida en su contra, y en muchos lugares las leyes tienen lagunas jurídicas que permiten a los agresores actuar con impunidad. En ciertos países, un violador puede quedar en libertad amparado por el Código Penal si propone matrimonio a la víctima.

La relación entre violencia sexual e infección por VIH es cada vez más evidente a la luz de los datos. La falta de capacidad de las mujeres para negociar sexo seguro y rehusarse a mantener relaciones sexuales no deseadas se encuentra estrechamente relacionada con la alta

prevalencia del VIH/sida. Las relaciones sexuales no deseadas, desde no poder decir “¡no!” a su pareja y ser escuchadas, hasta el abuso sexual como la violación, resultan en un mayor riesgo de lesiones, ofreciendo una vía favorecedora para la transmisión del virus. Un estudio efectuado en Tanzania en 2001 encontró que las mujeres con infección por VIH eran 2,5 veces más proclives a padecer violencia a manos de su pareja actual que otras mujeres. Las mujeres jóvenes generalmente conocen considerablemente menos sobre el VIH/sida que sus contrapartes varones. Sólo 1 de 5 mujeres casadas en Bangladesh habían escuchado sobre el SIDA; en Sudán, sólo el 5% de las mujeres sabían que el uso de condón puede prevenir la infección por el VIH. Ambas realidades –desconocimiento y falta de poder– destruyen la capacidad de las mujeres para protegerse de la infección.

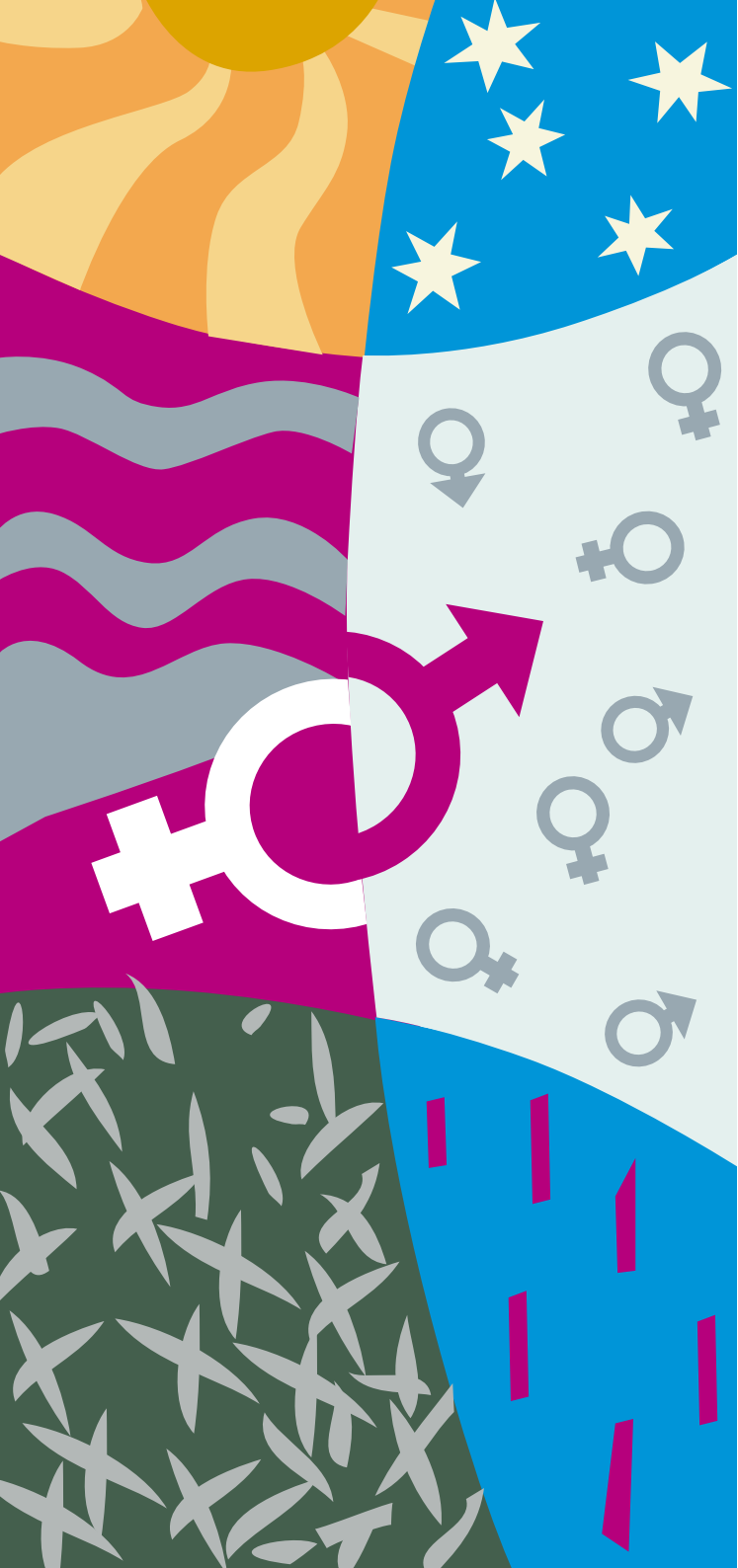
La violencia es también una consecuencia del VIH/sida: para muchas mujeres, el miedo a la violencia les impide manifestar su condición de portadoras de VIH y buscar ayuda y tratamiento. Un centro de salud en Zambia informó que el 60% de las mujeres candidatas a tratamiento elegibles optaron por abandonarlo debido al temor a la violencia y el abandono que resultan de revelar su condición de portadoras de VIH. Estas mujeres, expulsadas de su hogar, quedan en la indigencia, son excluidas por su familia y su comunidad, o han sido sometidas a abusos físicos y emocionales extremos. En 1998, Gugu Dhlamini fue lapidada por hombres de su comunidad en Sudáfrica tras haber hecho pública su condición de portadora de VIH en radio y televisión con ocasión del Día Mundial del SIDA.

Las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables a las relaciones sexuales forzadas y la infección por el VIH se da cada vez con mayor frecuencia. Más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo ocurren entre personas jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, y más del 60% de los jóvenes con infección VIH en este grupo etareo son mujeres.

Un informe de 2002 patrocinado por UNIFEM sobre el impacto de los conflictos armados en las mujeres pone de relieve de qué manera las circunstancias caóticas y brutales de los conflictos intensifican todos los factores que avivan la crisis del SIDA. Trágicamente y de la manera más cruel, en numerosos países, la violación y consecuente infección de mujeres con el VIH ha sido una herramienta de guerra mediante la cual a menudo un grupo étnico mide fuerzas con otro, como ocurrió durante el genocidio de 1994 en Ruanda.

El Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para Eliminar la Violencia contra la Mujer apoyó un proyecto en Haití con el que se capacitó a trabajadores y trabajadoras comunitarios/as por los derechos humanos (*ajan*), que trabajan con mujeres víctimas de violación sobre el vínculo entre VIH/sida y violencia contra las mujeres. El proyecto ayudó a incrementar la comprensión de los *ajan* sobre su papel en la promoción de la salud y los derechos humanos de las mujeres, a la vez que contribuyó a un proceso de catarsis y empoderamiento de los *ajan*, muchos de los cuales también habían sido víctimas de violación.

Un logro importante en el último decenio es que se reconoce cada vez más que la violencia contra las mujeres es un importante problema de salud pública. En gran medida, como resultado de la continua incidencia política por parte de las organizaciones de mujeres, el problema ha ocupado un lugar en el temario de una serie de conferencias internacionales: la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Los compromisos contraídos durante estas conferencias por los gobiernos, organismos internacionales y donantes participantes, generaron una creciente atención hacia este problema alarmante en todo el mundo.



Parte II

Estructura de la Guía
metodológica

4. Estructura de la Guía metodológica

La guía que aquí se presenta se compone de los cuatro bloques fundamentales considerados los componentes mínimos necesarios de un programa de salud sexual y reproductiva.

En el programa de acción de la CIPD, se dieron las directrices que marcan hoy la política global de servicios en SSR. Se elaboró el paquete mínimo de salud reproductiva, que incluye Planificación Familiar, Salud Materna, Protección frente a ITS y Educación Sexual. La guía que aquí se presenta se ha organizado de acuerdo con los cuatro bloques definidos en el Cairo.

En ellos, se desarrollan metodologías sobre el trabajo en salud sexual y reproductiva en cooperación internacional desde una perspectiva de derechos y género, en consonancia con los principios clave identificados por la UNFPA del consenso adoptado por la CIPD del Cairo en el seno de las NNUU, según los cuales las cuatro piedras angulares de los programas de SSR son la igualdad de género, la equidad y el empoderamiento de las mujeres, la eliminación de la violencia contra las mujeres y la capacidad de las mujeres para controlar su propia fertilidad.

Cada uno de los bloques de esta segunda parte, se inicia con una introducción general que incluye conceptos básicos, continúa con la exposición del nexo con los derechos sexuales y reproductivos que permite enmarcar el trabajo de incidencia política en el programa, y finalmente explica la metodología de trabajo. Esta incluye los elementos más relevantes a considerar en el diagnóstico de situación a realizar con carácter previo a la planificación del programa, las

claves de la planificación proveyendo ejemplos de objetivos básicos de trabajo y los elementos de la atención que todo programa en salud sexual y reproductiva en cooperación internacional debe incorporar.

Finalmente un capítulo relativo a criterios que debe reunir todo programa considerado de calidad y de utilidad en todos los bloques, viene a completar la estructura de esta segunda parte.

4.1. Incorporación del marco de Derechos Humanos en la SSR.

Todas las personas tienen el derecho de participar en las decisiones que afectan sus vidas. Una aproximación basada en los derechos humanos invita a la población a implicarse en los procesos de planificación y programación. De este modo, las personas no son receptores pasivos de servicios, sino actores en su propio proceso de desarrollo. La participación no debería limitarse a encuestas o cuestionarios sino que debería contemplar la implicación en la toma de decisiones y considerar sus inquietudes en el ciclo de la planificación.

Se tiene que destinar tiempo para escuchar y comprender las necesidades y aspiraciones de las personas afectadas e interesadas en este campo. Se les debe informar sobre sus derechos y preguntar sobre sus expectativas y las posibles soluciones que ellos valoran en materia de SSR.

La información con datos desagregados no es solo un mecanismo para identificar desigualdades e inequidades, sino que es también una herramienta poderosa para el empoderamiento y la incidencia política.

Según la legislación internacional los principales tenedores de la responsabilidad de la promoción, el respeto y el cumplimiento de los derechos humanos son los Estados. Pero tendremos que pensar también en otros actores como el personal sanitario, los educadores,... Se debe proveer la información necesaria en DDSSRR y las responsabilidades al respecto, al mismo tiempo que proveer de instrumentos y herramientas para poder cumplir con esta tarea. Al diseñar proyectos que incluyan servicios de SR hay que asegurarse que se ha considerado la sensibilización y comprensión de los derechos como uno de los componentes. Los y las usuarias de los servicios necesitan comprender que no solo tienen derecho a dichos servicios sino que también han de ser de calidad y culturalmente aceptables.

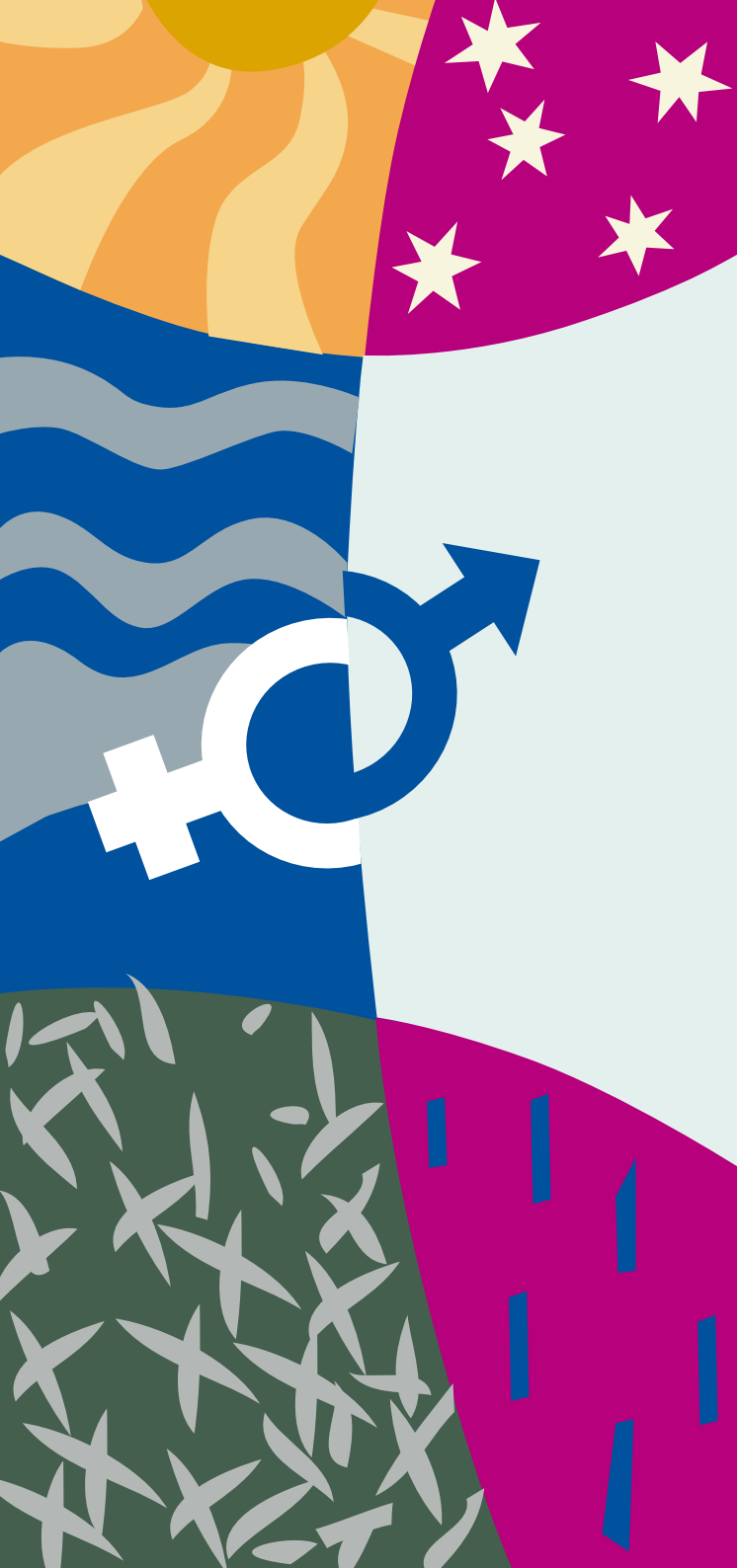
La comprensión de las causas del problema es el primer paso para abordarlo y también es importante conocer las causas de las violaciones de los derechos humanos, desde la cultura, las percepciones de la población,... y que habitualmente son multicausales. Es importante explorar también el comportamiento legislativo y de la administración al respecto y un buen indicador para ello es la forma de distribución de los recursos económicos, como por ejemplo que proporción de los presupuestos en salud son destinados a SSR. Un elemento importante de la programación basada en los derechos consiste en la valoración de los recursos destinados a proteger los DDSSRR y otros derechos, al tiempo que el seguimiento y la monitorización del uso de los fondos públicos es clave para promover la participación y la rendición de cuentas públicas.

La equidad de género debe ser considerada desde el inicio en un programa basado en los derechos, tanto para visibilizar la inexistencia de equidad que imposibilita la mejora del estatus de las mujeres como para poner en marcha actuaciones desde edades tempranas, como por ejemplo la inclusión de la formación en derechos humanos desde la escuela

El respeto a los derechos humanos no puede ser impuesto desde fuera sino que tiene que ser generado y cultivado desde el seno de la sociedad en la que se trabaja. Por ello la comprensión de la cultura, valores y la inclusión comprometida de los actores sociales en el diálogo para la construcción del respeto a los derechos humanos es básico en un programa que pretenda basarse en ellos. No se puede olvidar el conjunto de obligaciones que contraen los Estados que ratifican los Convenios y Convenciones y se puede promover su cumplimiento desde un programa en SR en cooperación internacional.

La sostenibilidad constituye un criterio sólido en el trabajo basado en los derechos, y construir desde la base social, buscando que se interiorice y se apropie como colectivo titular de derechos, es una fórmula adecuada para hacer sostenibles las actuaciones. Utilizar resultados de proyectos exitosos en esta materia en otros lugares y contextos, con la necesaria adecuación a la realidad local en la que trabajamos también debe formar parte del trabajo de análisis previo a la planificación de un programa de cooperación internacional en SSR.

Se presenta en anexo un modelo útil para la valoración de la situación en materia de derechos Humanos en un país, propuesto por UNFPA.



Planificación familiar

5. Planificación familiar

5.1. Consideraciones generales

5.1.1. Planificación Familiar

La Planificación Familiar es el esfuerzo consciente de parejas e individuos de planear y poder tener el número deseado de hijos y de regular el espaciamiento y el momento de su nacimiento. La planificación familiar se logra mediante la práctica de la anticoncepción y a través del tratamiento de la infertilidad involuntaria.

Hasta la CIPD de El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre los Derechos de la Mujer de Beijing (1995), los programas de Planificación Familiar se centraban en frenar el crecimiento demográfico, en muchos casos, como en los programas de esterilizaciones forzadas y masivas llevados a cabo en diversos países hasta la década de los 80, a expensas de los derechos humanos. La inclusión de la perspectiva de derechos propició que, a partir de las conferencias antes mencionadas, que la salud reproductiva, incluida la planificación voluntaria de la familia, pasara a ser el centro de las iniciativas para promover los derechos humanos de la mujer. Ambas conferencias invocaron valores éticos y principios de derechos humanos y manifestaron que la libertad de adoptar decisiones reproductivas es fundamental para lograr la igualdad entre hombres y mujeres y para lograr el desarrollo sostenible. Se afirmó que la libertad de escoger cuantos hijos tener y cuando tenerlos es un derecho humano fundamen-

tal. Sin embargo, muchas mujeres que quieren evitar el embarazo siguen sin ver resuelta sus necesidades de anticoncepción y acceso a servicios. Las razones para ello son múltiples: insuficientes servicios e insumos; falta de información sobre las opciones anticonceptivas y su utilización y miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja.

Los programas de planificación familiar han obtenido éxitos importantes en contextos políticos, económicos y culturales muy diversos, y han contribuido a mejorar las condiciones de vida en los países en desarrollo.

Uno de los beneficios más inmediatos de la planificación familiar es la reducción de la mortalidad materna, al reducir los riesgos de mortalidad asociados con el parto, ya que un número elevado de embarazos sucesivos aumenta este riesgo. Además permite a las mujeres retrasar su primer hijo hasta después de haber cumplido los 20 años, espaciar los nacimientos al menos dos años y reducir el número de embarazos no deseados susceptibles de terminar en aborto.

Existen también beneficios evidentes en la mejora de la salud infantil. Los riesgos de morbilidad y mortalidad infantil son superiores cuando los nacimientos están poco espaciados, cuando el número de hermanos es elevado y cuando las madres son muy jóvenes o muy mayores, situaciones que son más frecuentes en contextos de alta fecundidad.

Además, los programas de Planificación Familiar son fundamentales para lograr la igualdad de mujeres y hombres. La libertad para adoptar decisiones reproductivas, permite a las mujeres mejorar su posición social y ampliar sus perspectivas de futuro, sobre todo en aquellos contextos en los que las oportunidades educacionales y laborales están en expansión. En los países donde el nivel de fecundidad es elevado, es frecuente que las mujeres experimenten su primer embarazo durante la adolescencia. Esta pauta de embarazo precoz supone una barrera

importante para la educación de las mujeres. En algunos de estos países, una cuarta parte de las mujeres abandonan los estudios -incluso antes de haber completado la enseñanza primaria- a causa de un embarazo precoz. Además, las mujeres de estos países pueden pasar, a lo largo de su vida, aproximadamente 6 años en estado de embarazo y 23 años teniendo a su cargo niños menores de 6 años.

Pero los logros de los programas de planificación familiar no han sido uniformes. El grado de éxito alcanzado depende de múltiples factores, entre los que se encuentran el apoyo político a nivel nacional y local, la idoneidad del diseño y de la ejecución de los programas, la oferta de servicios de calidad que incluyan una amplia gama de métodos, la flexibilidad de los programas y su capacidad de adaptación a las condiciones locales, y la disponibilidad de fuentes de financiación adecuadas que aseguren de forma continuada en el tiempo el suministro de métodos anticonceptivos.

El número de mujeres cuyas necesidades en materia de anticoncepción no están cubiertas es todavía elevado y es probable que aumente en el futuro. A medida que la fecundidad desciende, ésta se concentra progresivamente en el colectivo de adultos jóvenes. Es necesario, por tanto, que los programas de planificación familiar se adapten a las necesidades de este segmento de población. Entre las mujeres adolescentes y jóvenes, la proporción de embarazos no planificados es elevada, y éstos podrían ser retrasados si se ampliase el acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, los datos demuestran que es mucho menos probable que las mujeres de 15 a 19 años usen anticonceptivos modernos frente a las mujeres de más de 20 años.

Otros de los retos que han de afrontar los programas de planificación familiar son la mejora de servicios y la calidad de prestaciones, así como la prevención de infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH/sida.

5.1.2. Derechos Sexuales y Reproductivos que la asisten

“Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso relacionados. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva”

Plataforma de Acción, Beijing, 1995 párrafo 95.

El cuidado de la SSR, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar, se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los y las niños / as, sino también como un derecho humano. Todas las personas tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar. Un enfoque basado en los derechos para la planificación familiar adopta una visión holística de las personas, lo que incluye:

- Tomar en consideración las necesidades de cuidado de la salud sexual y reproductiva de las y los usuarias / os
- Analizar todos los criterios de elegibilidad y las prácticas recomendadas para ayudarles a elegir y usar un método de planificación familiar
- Ser respetuosos con las decisiones que atañen a su salud.

La prestación de servicios respetando los derechos humanos y reproductivos del usuario es fundamental para brindar atención de calidad. Los sistemas de salud tienen la responsabilidad vital de velar por el respeto efectivo de los principios éticos universales de los derechos hu-

manos, las libertades individuales y la dignidad y de hacer suyos los valores de los derechos reproductivos, la igualdad de género, y el empoderamiento de las mujeres. Esos conceptos reconocen que las mujeres no sólo soportan indiscutiblemente la carga más pesada de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, sino que además muchos de esos problemas son consecuencia de las desigualdades que persisten entre los géneros, incluida la relativa falta de poder y de influencia de las mujeres en la vida pública y privada.

Para proveer de una atención de calidad respetuosa con los derechos sexuales y reproductivos, los servicios se deben centrar en los usuarios y responder a las necesidades de la comunidad. Para ello, se deben contemplar procesos participativos en los que se tengan en cuenta las preocupaciones de todos los actores sociales pertinentes.

5.2. Metodología

101

5.2.1. Diagnóstico de situación

En los países en desarrollo, las mujeres generalmente tienen más hijos que los que quieren. La diferencia entre la fecundidad deseada y la real tiende a ser más extrema en los países que se encuentran en transición de altos a bajos índices de fecundidad. A esto se une la disparidad en el uso de anticonceptivos por grupos de riqueza, que es más acentuada en países con bajos niveles de usos de anticonceptivos en general. Esta disparidad solo empieza a menguar cuando los anticonceptivos se vuelven fáciles de obtener y son ampliamente utilizados, por lo que es fundamental facilitar el acceso a la planificación familiar a las comunidades más pobres.

Por tanto, un indicador clave en el diagnóstico de la situación es la necesidad insatisfecha de PF. Se considera que las mujeres tienen una necesidad insatisfecha de PF si son férti-

les, están en edad reproductiva (de 15 a 49 años) y dicen querer reducir o planificar su fecundidad pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. Entre sus causas se encuentran la existencia de barreras geográficas y sociales, los condicionantes de género y culturales que dificultan las decisiones autónomas de las mujeres, y barreras económicas o institucionales. Estas barreras son mayores en los sectores más desfavorecidos de la población.

Los datos disponibles indican que una mayor desigualdad de ingresos esta relacionada con una peor situación de la salud. Esta desigualdad parece estar aumentando, al menos a corto plazo, en países que están creciendo económicamente de forma rápida.¹⁹

Los niveles educativos influyen también en el descenso de la fecundidad. Un amplio abanico de investigaciones ha puesto en evidencia la relación existente entre los altos niveles de educación para mujeres y niñas y el descenso de los niveles de fecundidad. Datos recientes de muchos países demuestran que las mujeres con al menos un nivel de educación secundaria tienen un tercera parte o la mitad de hijos que las mujeres sin ninguna educación formal. Estas últimas, además suelen tener hijos a una edad más temprana.

Otro dato a tener en cuenta a la hora de planificar programas y políticas de PF es el aumento de la población urbana en detrimento de la rural. En los últimos 30 años, la población urbana ha aumentado de tal manera que se prevé que durante el año 2008 más de la mitad del mundo viva en ciudades. De forma paralela, han surgido las mega ciudades –áreas urbanas de más de 10 millones de habitantes–. En términos de cobertura, esto plantea un reto a los encargados de diseñar políticas de PF.

19. Population Reference Boureau. "Cuadro de la población mundial 2007"

Otra inquietud importante de los programas de PF es el elevado índice de parejas que dejan de usar su método de planificación familiar y los motivos que les llevan a hacerlo. Cuando existen niveles altos de cese en el uso, se debe prestar mayor atención a la asesoría que se ofrece a las usuarias y al seguimiento de las mismas para ayudarles a superar los obstáculos que les llevan al abandono del método.

Respecto a la píldora anticonceptiva, la razón más común son los efectos secundarios y los temores sobre el riesgo para la salud. Respecto a los métodos anticonceptivos en general, las razones más comunes para el abandono son fallo del método, problemas de acceso al método por costo excesivo o falta de suministro, oposición de la pareja e incomodidad del uso.

Para el diagnóstico de la situación, hay que tener en cuenta:

Indicadores de PF	Incidencia política	Análisis del contexto
Tasa de Prevalencia de uso de métodos: -Todos los métodos -Métodos modernos Necesidades Insatisfechas en PF Distribución % por métodos Nº días ruptura stock sin suministros Cobertura de atención: % de consulta integral/ consulta específicas Tasa de Fecundidad Grado de satisfacción de usuarias Tasa de continuidad del método/mujer Todos los indicadores por grupos de edad de MEF ²⁰ , especialmente los más vulnerables: adolescencia	Existe programa nacional Legislación Identificación de actores sociales	Existencia de barreras basadas en género para las mujeres Accesibilidad de los servicios Niveles educativos de las mujeres Programas en marcha Recursos disponibles Desigualdades territoriales Disparidad en el uso de anticonceptivos

20. MEF: Mujeres en Edad Fértil. La mayoría de las veces MEF se refiere a edades comprendidas entre los 15 y los 49 años y así hemos de valorar la información de los indicadores, pero existen países donde la edad fértil tiene otro rango.

5.2.2. Objetivos Básicos

De manera genérica, los objetivos básicos que debe contemplar un programa de Planificación Familiar que integre la perspectiva de derechos y el mainstreaming de género son:

- Mejorar el acceso a y la calidad de los servicios de PF en términos de privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado
- Fortalecer los servicios de referencia y derivación de casos
- Reducir el número de número de embarazos no planificados /deseados
- Proporcionar información y servicios que respondan a las necesidades de las personas jóvenes
- Integrar la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, incluido el VIH/sida, en los servicios de PF
- Contribuir a mejorar la salud materna y la infantil

Para la consecución de los objetivos, es importante coordinarse e integrar actuaciones con los recursos existentes en la zona, tanto en lo que concierne a derivaciones como en la cobertura de necesidades.

Es también importante recabar el apoyo de sectores influyentes de la sociedad y del gobierno del país. Para ello, se deben plantear políticas basadas en la evidencia, y disponer de un amplio diagnóstico de la situación en materia de PF, así como de un análisis de los beneficios sociales, económicos y de salud en general que conlleva la PF.

Otra de las líneas estratégicas necesaria para lograr los objetivos es incrementar la demanda de servicios y métodos modernos de PF, mediante campañas de información y sensibilización, con especial énfasis en los sectores más desfavorecidos de la población.

Contar con la participación de la comunidad beneficiaria de los programas ayuda no solo a incrementar la demanda de servicio de salud y métodos anticonceptivos, sino también a la detección de necesidades en materia de PF y a detectar los posibles obstáculos –institucionales, de género, culturales, geográficos...- que impiden el acceso a los servicios e insumos de PF.

5.2.3. Diseño y planificación de programas y servicios de PF

Para el diseño de programas y políticas de PF acordes con la perspectiva de derechos y que integren el mainstreaming de género, es necesario poner énfasis en el acceso equitativo y la calidad de los servicios. Estos dos aspectos deben ser preocupaciones prioritarias. Las intervenciones que tienen por finalidad alcanzar esos objetivos suelen comprender el fortalecimiento de los sistemas de capacitación, supervisión, logística, información y sistemas de referencia de casos, así como la actualización o introducción de guías y manuales técnicos y la promoción de cambios en materia de políticas de PF.

Otro aspecto prioritario es asegurar que los programas o políticas sean sostenibles. Para ello, se deben implementar procesos participativos que permitan tener en cuenta las opiniones y necesidades expresadas de una amplia gama de actores sociales, como son las organizaciones de mujeres y jóvenes y otro tipo de organizaciones comunitarias, los responsables de la formulación de políticas, los gestores de programas y los proveedores de servicios.

La planificación de un programa de PF debe contar con aspectos relativos a:

- El **contexto** en el que se va a actuar, teniendo en cuenta los factores culturales que pueden influir en las conductas sexuales y los patrones reproductivos de la población diana y en las dificultades de acceso a anticoncepción, como las barreras basadas en género para el

acceso a la anticoncepción. Asimismo, hay que tener en cuenta que el acceso a métodos modernos de PF puede ser desigual entre mujeres de un mismo país en función de su estatus social, educativo, económico y cultural, por edades o por distribución geográfica (población rural o urbana...)

- La **necesidad insatisfecha** que en materia de anticoncepción se haya detectado.

Recomendaciones en el diseño de programas para mejorar la SR:

- Reconocer explícitamente que la PF es un derecho humano
- Definir actuaciones para reducir las desigualdades de acceso a servicios de PF/SR ligados a la pobreza, el género, la etnia o la edad.
- Prever mecanismos para incrementar la participación de usuarios/as potenciales.
- Adaptar las actuaciones previstas al tiempo que durará la intervención y a las expectativas de la población beneficiaria.
- Contar con los recursos existentes, tanto los propios del lugar de la intervención como los de la propia organización de cooperación, y no plantear objetivos poco realistas con los mismos.
- Ser pertinente en relación a la estrategia de actuación que se plantee, es decir si se abordará la formación especializada del personal sanitario, la intervención prioritaria con jóvenes o la mejora del acceso a métodos modernos de PF...
- Adaptarse a la legislación local

Entre los retos a los que se enfrenta la implementación de programas de PF, están:

- Sostener las operaciones mediante estrategias a largo plazo

- Asegurar el financiamiento adecuado a los objetivos y actuaciones propuestas
- Garantizar la calidad de los servicios
- Asegurar los suministros

5.2.4. Elementos de calidad de la atención

Los programas de PF deben crear la confianza suficiente en las usuarias/os para que acudan al servicio, ofrecer una información veraz, basada en la evidencia científica y comprensible para las usuarias/os, y contar con la financiación y recursos suficientes para no tener que interrumpir o no poder finalizar los procedimientos, tratamientos... iniciados. Para ello, es necesario poner énfasis en la calidad de la atención al usuario en cuanto a:

- a. Calidad de la información
- b. Decisiones informadas
- c. Capacitación del personal y calidad de las instalaciones
- d. Equipamientos e Insumos

a. Calidad de la información

Se debe dar información adecuada a las personas que consultan para que hagan una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo. La información entregada a las y los usuarias/os, destinada a ayudarles en la elección, debe incluir al menos:

- comprensión de la eficacia relativa del método
- uso correcto del método

- cómo funciona
- efectos secundarios comunes
- riesgos y beneficios para la salud inherentes al método
- signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud
- información sobre el retorno de la fertilidad tras interrumpir el uso del método
- información sobre protección contra las ITS incluido VIH.
- seguimiento del método

Es necesario asegurarse de que se comprende la información, alentando a la formulación de preguntas y resolviendo cualquier duda. Contar con materiales de refuerzo como folletos, videos, rotafolios... adaptados a las características de la población es una herramienta útil para reforzar la información. No se debe de tratar de imponer un método en contra de la decisión del usuario.

b. Decisiones informadas

Se debe capacitar a las y los proveedoras/es de servicios en PF en la orientación para ayudar a las personas que consultan a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su fertilidad. La orientación es un elemento clave en la calidad de la atención, siendo una parte importante tanto en las visitas de iniciación como en las de seguimiento. Debe responder a las necesidades de las personas no sólo en cuanto a la anticoncepción, sino también en relación con la sexualidad y la prevención de ITS, incluida la infección por VIH.

La eficacia de los métodos anticonceptivos está determinada entre otros factores por la provisión de una adecuada información /orientación, encaminada a lograr un uso correcto del método. La provisión de información/ orientación debe también fomentar la confianza en el

profesional de quien lo usa, de modo que se puedan detectar los fallos del método o el uso incorrecto del mismo (olvido de tomar las pastillas, fallo del preservativo...). El profesional debe cuidar de no despertar expectativas en las usuarias/os que no son ajustadas a la evidencia científica, por ejemplo con la reversibilidad de las vasectomías, esterilizaciones....

Decisión y consentimiento informado de la mujer

Un buen asesoramiento ayuda a las usuarias a elegir y usar un método que les resulte apropiado. Las usuarias son diferentes, su situación es diferente y los tipos de ayuda que necesitan son diferentes también. El mejor asesoramiento se adapta a cada usuaria individual.

Necesidades expresadas y necesidades implícitas

Los y las profesionales que atienden servicios de PF deben estar atentos a las necesidades implícitas no expresadas por la usuaria. La necesidad de métodos de PF no siempre se demanda de manera explícita, y en esos casos es el o la profesional quien debe detectar las necesidades no cubiertas en materia de anticoncepción. Es especialmente importante proveer información y orientación en materia de anticoncepción inmediatamente después de un aborto o un parto, en consultas de ITS y en demanda de prueba de VIH.

Para la identificación de demanda implícita es necesario generar un ambiente en el que la usuaria se exprese con libertad.

El asesoramiento ha tenido éxito cuando:

- La usuaria percibe que ha recibido la ayuda que quería
- La usuaria sabe qué hacer y se siente confiada de poder hacerlo
- La usuaria se siente respetada y apreciada

- La usuaria regresa cuando lo necesita

Y lo más importante, la usuaria usa sus métodos con eficacia y satisfacción.

c. Capacitación del personal y calidad de las instalaciones

Los y las profesionales que atienden los servicios de PF deben estar debidamente capacitados y tener conocimientos sobre los problemas más habituales de SSR de la población diana, los condicionantes culturales y de género que pueden limitar el acceso a los servicios y a los métodos de PF, y estar sensibilizados para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto a las instalaciones, además de estar equipadas adecuadamente, deben de garantizar la privacidad de los procedimientos y la confidencialidad, de manera que cada usuaria/o se sienta cómodo y seguro a la hora de discutir factores de riesgo, incluyendo el comportamiento sexual, que estén disponibles ayudas visuales, tales como rotafolios, carteles con información, muestras de anticonceptivos o modelos pélvicos.

Es importante también establecer protocolos de actuación, recomendaciones y estándares de calidad de la atención, de modo que se pueda evaluar la calidad del servicio, se reconozcan situaciones que requieran acciones correctivas y se identifiquen las necesidades de capacitación del personal.

Para ofrecer aquellos métodos que requieren procedimientos quirúrgicos, inserción, medición y/o retiro realizado por profesionales de salud (esterilización, implantes, DIU, diafragmas, capuchones cervicales), se debe disponer de personal correctamente capacitado en instalaciones equipadas adecuadamente, y se deben seguir los procedimientos oportunos para prevenir infecciones, incluido el seguimiento riguroso del método empleado, y actuar en consecuencia.

Se deben entregar a las y los proveedoras/es de servicios guías (o tarjetas de usuaria/o u otras herramientas de evaluación) para permitir la adecuada evaluación de las y los usuarias/os a fin de detectar cuadros clínicos en los que el uso de métodos anticonceptivos implicaría riesgos inadmisibles para la salud.

d. Equipamientos e Insumos

Uno de los retos principales de los servicios de PF reside en asegurar la continuidad en cuanto al suministro de métodos anticonceptivos eficaces y modernos y en cuanto al servicio. Así, prescribir píldoras anticonceptivas sin garantía de continuidad en los suministros o, por ejemplo, colocar DIUs sin garantía de extracción, son actuaciones que atentan contra la calidad del servicio y los derechos de las usuarias.

Se debe mantener y contar con el equipamiento y los insumos adecuados y apropiados, como productos anticonceptivos, equipamiento e insumos para procedimientos de prevención de infecciones, y suministro continuo y suficiente de preservativos.

El cumplimiento del derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos, implica una amplia provisión de anticonceptivos modernos. Entre los métodos modernos, se incluyen los clínicos y los de insumos, como la píldora, el dispositivo intrauterino (DIU), la inyección, los implantes, los preservativos masculinos y femeninos, el diafragma, la espuma o jalea y la esterilización²¹. Frente a estos, los métodos tradicionales: la prolongación de la lactancia, el coito interrumpido y la abstinencia periódica y a largo plazo.

21. Se consideran también métodos modernos la amenorrea por lactancia y algunos métodos naturales como el de los días estándar y el método Billings de la ovulación

En la mayoría del mundo en desarrollo, el uso de métodos anticonceptivos modernos ha crecido de forma constante, pero en algunos países del África Subsahariana, como Senegal, la adopción de PF ha sido lenta o se ha estancado, como en Kenya. Sin embargo, en la mayoría de estos países el número de MEF aumentará hasta el 2015 debido al alto número de jóvenes. Esto hace prever un aumento de la demanda de métodos anticonceptivos modernos. Los costes totales para la provisión de insumos anticonceptivos necesarios para hacer frente a ese aumento de la demanda, indudablemente, aumentarían en todo el mundo en desarrollo –en algunos países, como Tanzania o Nepal, ese incremento podría suponer hasta un 50%-. Los programas de PF deben desarrollar estrategias encaminadas a la búsqueda de financiación (donantes y/o gobiernos) para que incrementen sus presupuestos en PF, a fin de que este incremento del coste no recaiga en las usuarias, lo que supondría un serio obstáculo en el acceso.

112

Por lo tanto, garantizar la calidad de los servicios de PF en cuanto a equipamientos e insumos exige:

Garantía de calidad	Oferta amplia y suficiente de métodos modernos de anticoncepción	Derecho a disfrutar de los beneficios del avance científico (<i>implica disponer de métodos seguros, aceptables y fiables para regular su fecundidad</i>)
Garantía de continuidad	Suministro constante y suficiente de insumos y de servicios	Derecho a la atención y a la protección de la salud (<i>implica el acceso a todos los métodos de regulación de la fecundidad</i>)
Garantía de acceso	Gratuidad de servicios e insumos o precio ajustado a las posibilidades de la población	Derecho a decidir si tener o no hijos (<i>implica el acceso efectivo a servicios e insumos de PF</i>)

5.2.5. Anticoncepción de emergencia

Para la prevención de embarazos no planificados, es necesario contar con la provisión de anticoncepción de emergencia (AE). La anticoncepción de emergencia se refiere al tipo de anticoncepción usado como procedimiento de emergencia para evitar un embarazo no deseado/ planificado después de una relación sexual desprotegida. La AE no es adecuada para uso regular.

La eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) es mayor cuanto más pronto se usa el método después de la relación desprotegida, entre un 60% y un 93% si se toma dentro de las 72 h. siguientes²². El régimen de anticoncepción de emergencia recomendado por la OMS es: 1,5 mg de levonorgestrel administrado en una sola dosis. Se ha demostrado que las PAE que contienen levonorgestrel previenen la ovulación y que no tienen un efecto detectable sobre el endometrio (revestimiento interno del útero) o en los niveles de progesterona, cuando son administradas después de la ovulación. Las PAE no son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado y no son abortivas.

Las PAE no deben ser administradas a una mujer que presenta un embarazo confirmado porque ya es demasiado tarde para prevenir el embarazo²³. Las PAE deben ser usadas sólo en casos de emergencia y no son apropiadas como método anticonceptivo de uso regular, debido a que existe una mayor probabilidad de fallo en comparación con los anticonceptivos modernos. Además, el uso frecuente de anticoncepción de emergencia tiene como resultado efectos secundarios, como irregularidades menstruales. No obstante, el uso repetido no

22. Nuevas evidencias demuestran que todavía hay algún efecto hasta 5 días posteriores al coito desprotegido.

23. Los expertos creen que no hay daño para la mujer embarazada o para el feto si se usan píldoras anticonceptivas de emergencia inadvertidamente durante las primeras semanas de embarazo.

conlleva riesgos conocidos para la salud. Toda mujer en edad reproductiva podría necesitar, en algún momento, anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo no planificado/deseado. La AE es recomendable cuando no se ha usado ningún método anticonceptivo, cuando ha ocurrido un fallo en el método o este ha sido usado incorrectamente o cuando ha ocurrido una agresión sexual y la mujer no está protegida con un método anticonceptivo eficaz.

Vinculo entre AE e ITS

Cuando se produce una demanda de AE, ha habido una exposición a riesgo de embarazo y de ITS, por lo que la prescripción de PAE ofrece una buena oportunidad para detectar situaciones y prácticas de riesgo y proveer de información/ orientación sobre anticoncepción y sobre prevención de ITS, incluido VIH.

114

Los problemas de exposición a ITS/VIH, merecen una consideración especial. Es importante que el personal sanitario recomiende la doble protección²⁴ o el uso correcto del preservativo. En este sentido, es importante recordar que el uso correcto del preservativo es fundamental para prevenir ITS, incluido el VIH, y ofrecer información adecuada sobre su uso correcto.

La AE es especialmente importante para las adolescentes, que están en proceso de establecer su sexualidad. Para las mujeres jóvenes el acceso a la información sobre AE y servicios puede ser más difícil, debido a la falta de información suficiente sobre los riesgos o a dificultades de acceso a los mismos.

24. Por doble protección se entiende el uso de preservativo junto con otro método anticonceptivo

5.2.6. Abordaje de pareja

Es importante animar a las parejas a hablar sobre sus necesidades de anticoncepción y a responsabilizarse conjuntamente de su salud sexual y reproductiva y de sus decisiones en cuanto a fecundidad. Las parejas que conversan sobre la planificación familiar –ya sea con o sin ayuda de un proveedor de salud– tienen mayores posibilidades de elaborar planes y ponerlos en práctica. Los proveedores pueden:

- Capacitar a los hombres y a las mujeres a hablar con su pareja sobre relaciones sexuales, planificación familiar e ITS.
- Alentar a tomar decisiones conjuntamente sobre asuntos de salud sexual y reproductiva.
- Invitar y alentar a las mujeres que traigan a su pareja a la consulta para recibir asesoramiento, tomar decisiones y recibir cuidado juntos
- Sugerirle a las usuarias que informen a su pareja sobre los servicios de salud. Entrégueles material informativo, en caso de tener disponible, para que lleven a su casa.

Aunque el abordaje de pareja es una estrategia importante para la mejora de la SSR y la igualdad entre mujeres y hombres, los proveedores/as de servicios de PF deben estar atentos a las barreras culturales de género que puedan impedir un abordaje de pareja eficaz o poner en peligro la integridad de las mujeres. Por otro lado, el abordaje de pareja se puede ver dificultado por que los propios programas de PF familiar excluyen a los varones, dado que están diseñados para mujeres y funcionan como parte de servicios de salud maternoinfantil. Esta imagen de los servicios de salud como servicios para mujeres impide a los hombres acudir a ellos, por lo que es importante plantear acciones que acerquen estos servicios a los varones.

5.2.7. Barreras basadas en el género para el acceso a anticoncepción

En el análisis del contexto en el que se va a actuar, es necesario estar especialmente atento a las barreras culturales que pueden afectar a la toma de decisiones autónoma de las mujeres. Entre las barreras culturales basadas en el género que dificultan el uso de anticonceptivos están:

- Barreras normativas y jurídicas: los gobiernos y funcionarios ejecutivos tal vez no asignen una alta prioridad a financiar los servicios de PF por considerar que se trata de “programas para la mujer”. Algunos países restringen ciertos métodos, y en otros las leyes estipulan que la mujer necesita el permiso del marido o las adolescentes el de sus progenitores para usar métodos anticonceptivos
- Barreras ocasionadas por los prejuicios de los proveedores de servicios de PF: los encargados de los servicios pueden actuar basándose en prejuicios, imponer sus opiniones a las usuarias o no respetar sus decisiones. Tal vez no ofrezcan a las mujeres toda la gama de opciones anticonceptivas, aduciendo que la mujer no comprenderá o escogerá “equivocadamente”, o den informaciones incorrectas, como la reversibilidad de la esterilización en lugares donde no existe un acceso posible al procedimiento.
- Barreras comunitarias: puede haber recelos respecto a los anticonceptivos por suponer que contribuyen a la promiscuidad femenina, prejuicios que no se expresan en relación a los varones.
- Barreras relacionadas con la relación de pareja: algunas mujeres temen que sus parejas desaprobren el uso de anticonceptivos e incluso que les castiguen por ello.
- Barreras relacionadas con la edad: tal vez se espere de las mujeres jóvenes casadas que “prueben” su fertilidad, o de las mujeres jóvenes solteras que se abstengan de mantener relaciones sexuales.

5.2.8. Atención a grupos diversos

Varones

“Es fundamental mejorar la comunicación entre hombres y mujeres en lo que respecta a las cuestiones relativas a la sexualidad y a la salud reproductiva, y la comprensión de sus responsabilidades conjuntas, de forma que uno y otra colaboren por igual en la vida pública y privada”. Programa de Acción de la CIPD, Párrafo 4.24

En 1994, la CIPD realizó algo sin precedentes: exhortó a los países a promover el apoyo de los varones en la lucha por la igualdad entre hombres y mujeres y a alentar su participación y su responsabilidad compartida en todos los aspectos de la vida familiar y la Salud Reproductiva.

Durante gran parte de su historia, los estudios sobre población y salud reproductiva se centraron casi exclusivamente en las mujeres y, específicamente, en su fecundidad y en sus vidas reproductivas. Fue muy escasa la información recopilada acerca de los varones. En consecuencia, son pocos los servicios y programas de SR que reflejan las necesidades y perspectivas de los varones. La SR y la anticoncepción siguen siendo primordialmente responsabilidad de la mujer. Los métodos masculinos²⁵ –preservativo y vasectomía– solo representan un pequeño porcentaje del uso de anticonceptivos a escala mundial, salvo en unos pocos países industrializados y en China, a pesar de que el uso de preservativos masculinos está aumentando en muchas regiones, especialmente entre quienes tienen más altos niveles de educación y entre quienes viven en zonas urbanas²⁶.

25. Son muchos los años en los que se habla del desarrollo de una píldora anticonceptiva masculina que no parece llegar.

26. Cabe preguntarse si esto es así por prevención de la infección VIH o por asumir la responsabilidad compartida en la planificación de la familia.

Sin embargo, los varones suelen adoptar decisiones con respecto a la planificación de la familia, decisiones que influyen sobre el bienestar de la familia en general y sobre la salud de las mujeres en particular. La atención y el apoyo de un compañero bien informado mejora los resultados del embarazo y el parto y pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte cuando hay complicaciones y las mujeres necesitan atención médica inmediata.

Los programas que hacen caso omiso de los desequilibrios de poder existentes entre hombres y mujeres pueden reforzar la falta de equidad y el control del varón sobre la adopción de decisiones por la mujer. Para plantear acciones que involucren a los varones en la toma de decisiones y asunción de responsabilidades en materia de PF y SR, existen actualmente diversos enfoques no excluyentes entre sí:

El primero de ellos, y más común, es el que se centra en los hombres como usuarios de los servicios de PF y SR, y trata de que los servicios y la información al respecto sean más atractivos para ellos. La información que los varones necesitan para poder tomar decisiones informadas y corregir percepciones erróneas incluye los siguientes temas:

- Métodos de planificación familiar, tanto para hombres como para mujeres, incluyendo seguridad y efectividad
- ITS incluyendo VIH/sida – cómo se transmiten y cómo no se transmiten, signos y síntomas, análisis y tratamiento
- Los beneficios de esperar a que el hijo menor cumpla 2 años antes de que la mujer vuelva a quedar embarazada
- Anatomía sexual reproductiva del hombre y la mujer y sus funciones
- Embarazo y parto seguros

Entre los servicios de PF y SR que los proveedores/as de salud pueden brindar a los varones están:

- Condones, vasectomía y asesoramiento sobre otros métodos
- Asesoramiento y ayuda sobre problemas sexuales
- Asesoramiento, análisis y tratamiento de ITS/VIH.
- Asesoramiento sobre infertilidad
- Despistaje de cáncer de pene, testículos y próstata

Este enfoque incluye superar la idea de que la SR es cuestión de mujeres y el hecho de que los servicios están diseñados para mujeres o son utilizados principalmente por ellas.

El segundo enfoque se centra en los varones como aliados e incluye el abordaje de pareja. Este enfoque reconoce la influencia de los varones sobre las opciones y decisiones en materia de PF y SR, y alienta a hombres y mujeres a abordar conjuntamente cuestiones como la anticoncepción, asesoramiento y detección voluntaria de VIH o asesoramiento en materia de anticoncepción postparto o postaborto.

Un tercer enfoque destaca a los varones como agentes de cambio positivo. Este enfoque involucra más plenamente a los hombres en la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, y ofrece a los hombres oportunidades de reflexionar sobre su propia historia y experiencias, cuestionar actitudes en materia de género y reconocer que las inequidades de género perjudican a sus compañeras y a ellos mismos.

Sin embargo, a la hora de diseñar acciones para involucrar a los varones en los programas de PF y SR no hay que perder de vista que las mujeres soportan una carga desproporcionada

en cuestiones de SR y procreación. Las acciones orientadas a los varones no deben de ir en detrimento de las mujeres ni apartar recursos de los programas que tan desesperadamente necesitan las mujeres. Una solución es involucrar a los varones de manera tal que se beneficien ambos sexos y que la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres sea un objetivo explícito del programa.

Jóvenes²⁷

Anualmente, más de 5 millones de mujeres de todo el mundo entre los 15 y los 19 años interrumpen su embarazo de forma voluntaria, el 40% en condiciones insalubres e ilegales. Los partos en mujeres menores de 20 años representan el 17% de todos los partos en los países en desarrollo, lo que equivale a 14 millones de partos al año en todo el mundo. Además, las complicaciones relacionadas con el embarazo son la principal causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo, debido principalmente a complicaciones relacionadas con el parto y con abortos practicados en condiciones de riesgo.²⁸ El embarazo precoz, si bien ha disminuido en muchos países, sigue siendo un problema importante, sobre todo por los riesgos que entraña para la salud de la madre y el niño y por sus efectos en la educación y las perspectivas de vida de las niñas.

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, muchos de los que inician la actividad sexual a una edad temprana no saben cómo protegerse en el curso de ella. Las

27. En este apartado se dan algunos datos relevantes sobre embarazo adolescente y VIH/sida en jóvenes, por ser los problemas más acuciantes en relación a los servicios de PF y SSR para jóvenes. Los datos sobre el estado mundial de la SSR de la juventud se pueden consultar en el apartado de Educación Sexual de esta guía. Se recomienda la lectura de ese capítulo para trabajo en servicios amigables de SSR para jóvenes.

28. Naciones Unidas: Informe sobre la juventud mundial 2005

jóvenes no pueden convencer a su pareja de que utilicen un preservativo o tal vez temen una reacción violenta si intentan hacerlo. Anualmente, la tercera parte de los nuevos casos de ITS que son curables (más de 100 millones) afecta a mujeres y hombres menores de 25 años, y la mitad de las nuevas infecciones por VIH en todo el mundo ocurren entre personas de 15 a 24 años de edad, un 60% o más de las cuales son mujeres.

Estos datos indican que la provisión de anticoncepción y de servicios de PF para jóvenes es claramente insuficiente. Para la consecución de los ODM, la ONU recomienda que se aumente de manera urgente la inversión en la juventud y en la infancia.

En los diez últimos años, en algunos países se ha avanzado considerablemente en la solución de los problemas relacionados con la salud reproductiva de los adolescentes, en particular la necesidad de proporcionar a los jóvenes información, educación y servicios que les permitan prevenir embarazos no deseados e infecciones. Con frecuencia, ello es parte de una labor más amplia e integral encaminada a llegar a los jóvenes en distintas situaciones y proporcionarles los conocimientos necesarios para que se forjen su propio futuro.

Reconocer la heterogeneidad de situaciones y adolescencias del país constituye un desafío para los proveedores de servicios de SSR para jóvenes, que obliga a la búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población. Los servicios deben ajustarse a las necesidades y posibilidades de los usuarios, y no a la inversa. Como ideales de la prestación de servicios de SSR y PF para jóvenes, se deben promover enfoques de atención centrada en el usuario y el mejoramiento continuo de la calidad. La mejor evaluación es la que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades de los y las jóvenes. El resto de los procesos internos tienen sentido si contribuyen a dicho objetivo.

El diseño y aplicación de los modelos de prestación de servicios debe contemplar las necesidades y condiciones particulares de la población, en especial de la que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad.

Los servicios amigables para jóvenes han demostrado ser un buen modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes.

Tipos de servicios amigables para jóvenes:

Centro amigable de SSR para jóvenes: es un espacio físico independiente, con profesionales especializados y designados exclusivamente para ese servicio. Atiende exclusivamente a jóvenes. Es el más adecuado por garantizar mejor la confidencialidad y privacidad del servicio, pero también el que requiere más recursos.

Unidades amigables de salud para adolescentes: comparten infraestructura con el servicio de salud general, pero cuentan con un horario diferenciado y ambientes exclusivos para jóvenes. Los profesionales que atienden el servicio han recibido capacitación para esta tarea, pero su labor no está circunscrita solo a la atención de este sector poblacional.

Consulta diferenciada: cuando no se cuenta con una infraestructura mínima para establecer una unidad amigable para jóvenes, debe tener un profesional de la salud debidamente capacitado para ofrecer a los y las jóvenes una atención de calidad dentro de la programación de consulta diaria.

Estas tres modalidades pueden ser entendidas como una forma gradual de organizar la prestación de servicios para jóvenes.

Las **características** de un servicio amigable en PF y SSR para jóvenes son:

- **Accesibilidad:** horarios amplios, ubicación en lugares donde puedan acceder con facilidad (abiertos los fines de semana, ubicación en lugares de ocio...). Consulta sin cita previa
- **Capacitación del personal** –incluido el personal administrativo, de servicios generales ...– en el trabajo con jóvenes. Uno de los aspectos más valorados en las evaluaciones de servicios amigables para jóvenes realizadas en todo el mundo ha sido la capacidad de empatía de los profesionales.
- **Privacidad:** los servicios deben estar diseñados para proteger la privacidad de los y las jóvenes. Se debe dar también importancia al ambiente y decoración del lugar, procurando alejarse de al imagen de consultorio médico, y ofrecer material audiovisual e impreso sobre los asuntos que interesan a los y las jóvenes en relación a su SSR.
- **Confidencialidad:** se debe asegurar la confidencialidad de los procedimientos y reducir al máximo los procedimientos administrativos.
- **Servicios gratuitos** o que no sobrepasen las posibilidades económicas de los y las jóvenes que acuden al servicio.

Para atender a las necesidades de los y las jóvenes los centros deben de garantizar los siguientes **servicios**:

- **Asesoría en salud sexual y reproductiva:** quienes proveen servicios de SSR deben darles información completa, basada en evidencias científicas, y asegurarse de que ellas la han comprendido, de tal forma que puedan tomar la decisión informada sobre su SSR.
- **Anticoncepción de continuidad:** en general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las

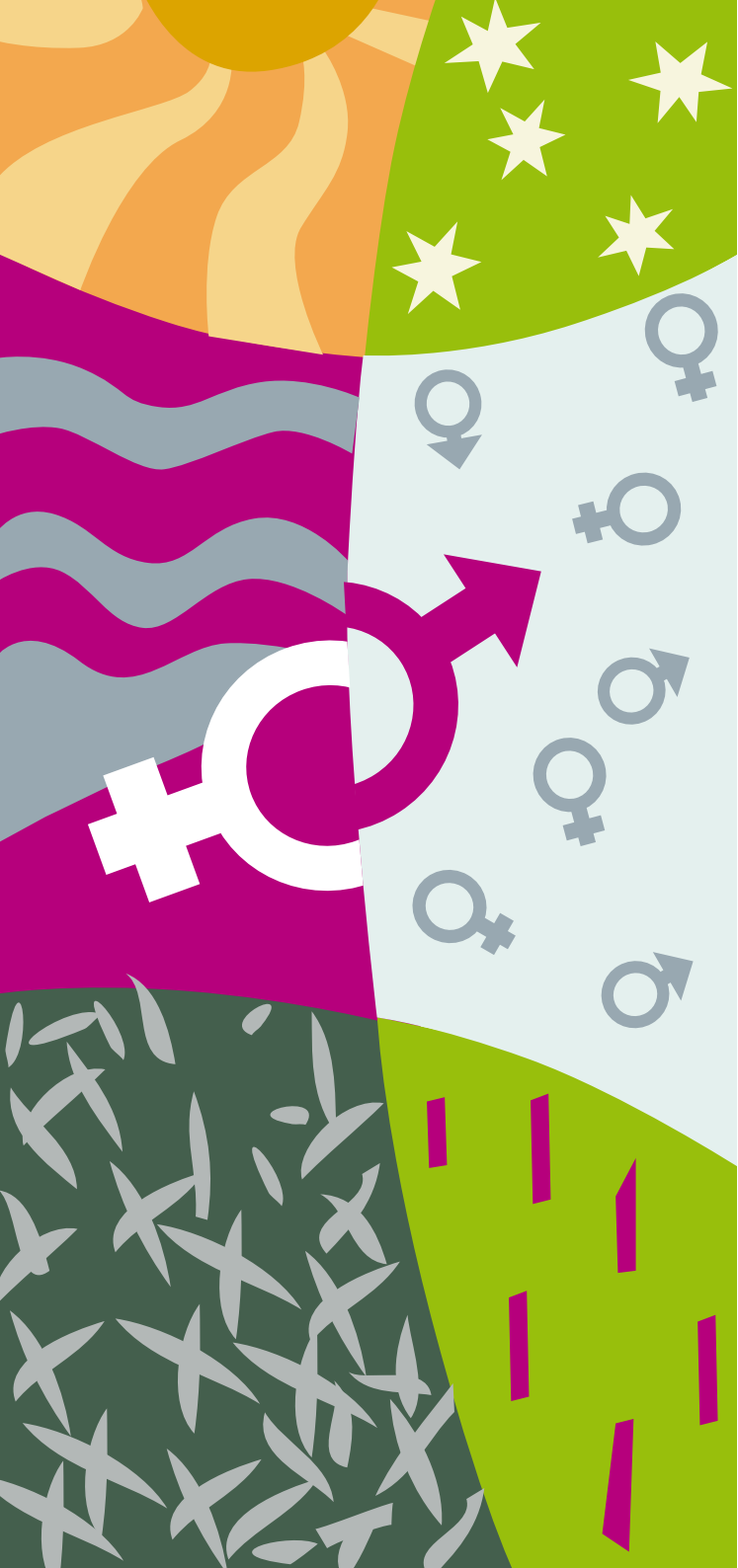
adolescentes. Los aspectos sociales y de conducta deben ser consideraciones importantes en la elección de los métodos anticonceptivos durante la adolescencia. Por ejemplo, en algunos ámbitos, las y los adolescentes están expuestos a un riesgo mayor de ITS, incluido el VIH. En algunos casos puede ser más apropiado el uso de métodos que no requieren un régimen diario. También se ha demostrado que las adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuidad. La elección del método también puede estar influenciada por factores como patrones esporádicos de relaciones sexuales, y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos.

- **Anticoncepción de emergencia:** la provisión de AE es especialmente importante en las personas jóvenes, ya que constituyen una herramienta eficaz para evitar el embarazo adolescente. Los mismos criterios que rigen la provisión de AE para la población en general son aplicables a jóvenes y adolescentes (ver apdo. de AE de esta misma guía). Hay que tener en cuenta que en los y las jóvenes la demanda implícita puede ser muy habitual, y que la petición de AE supone además una oportunidad para detectar prácticas de riesgo en relación a ITS/VIH y para recomendar anticoncepción de continuidad, sin olvidar la doble protección.
- **Detección y asistencia en caso de abusos y agresiones sexuales y servicios de apoyo médico, social y psicológico para ayudar a niñas y jóvenes que son objeto de actos de violencia:** otro de los graves problemas que afecta la salud sexual y reproductiva de la juventud es la violencia sexual; la mayoría de los casos ocurre al interior del hogar y el agresor es un familiar o conocido, y las víctimas suelen ser niñas y mujeres jóvenes. Las víctimas no denuncian porque les da vergüenza, no tienen apoyo, los adultos no les creen y/o faltan respuestas adecuadas; además los adolescentes refieren desconocer los procedimientos que se deben seguir en estos casos. Se debe tener en cuenta que para abrir canales de denuncia hay que asegurar la protección posterior de la víctima.

- Consejo y atención sobre ITS/sida: La consejería en información y pruebas voluntarias de VIH es un componente integral, y debe ser ofrecido a grupos de alto riesgo o vulnerables. Este servicio permite a las personas conocer su situación respecto al VIH y, de este modo, proporciona un acceso temprano al asesoramiento de VIH, al tratamiento y la atención. La consejería no debe ocurrir de forma aislada, sino ser parte integral de la atención. Debe estar vinculada con un sistema de referencias (derivaciones) para tratamiento apropiado, atención y servicios de apoyo, con el fin de ayudar a reducir las barreras para que se realice la prueba, que debe ser siempre informada y voluntaria. La consejería no solo ayuda a las personas con sus necesidades inmediatas, sino que también les ayuda a conocer y depender de sus propios recursos, de modo que pueda resolver futuros problemas que se les presenten. El objetivo es crear nuevas perspectivas y cambios, que pueden producirse dentro de la persona (ayudándola, por ejemplo, a negociar el uso del preservativo), afectar a su comportamiento (ej: practicando relaciones sexuales más seguras y a identificar situaciones de riesgo y oportunidades para la protección), o bien, producir algún cambio en el entorno (por ejemplo, en cuanto a promoción de derechos y empoderamiento de las jóvenes y adolescentes).

Otros servicios adecuados para los servicios amigables de SSR para jóvenes son:

- Asesoramiento y derivación en demanda de interrupción voluntaria del embarazo o postaborto.
- Prueba del VIH
- Actividades educativas



Salud materna

6. Salud materna

6.1. Conceptos

Lamentablemente, no se puede hablar de Salud Materna, sin referirnos en primera instancia a la mortalidad materna, uno de los datos que globalmente se mantiene manifiestamente mejorable y que condiciona de modo inequívoco la salud materna.

Mortalidad materna se define como *“la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”*(CIE-10).

Es importante tener en cuenta que en muchos contextos, disponer de información precisa sobre la mortalidad materna y sus causas es difícil, y especialmente en lugares donde los sistemas de información sanitaria son insuficientes o inadecuados, o en lugares donde una elevada proporción de los partos tienen lugar fuera de las estructuras sanitarias. Por ello, existen definiciones alternativas como *“defunción relacionada con el embarazo”* definida como *“la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción”*. En la medida en

que la muerte relacionada con el embarazo puede producirse transcurridos los 42 días mencionados, se ha propuesto también el concepto “*defunción materna tardía*” definida como “la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Los fallecimientos maternos, pueden producirse como consecuencia de causas directas²⁹ –aquellas resultantes de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas- y como consecuencia de causas indirectas³⁰– resultantes de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

130

Para poder utilizar correctamente los datos que suministran los indicadores, se presentan en la tabla 5 las opciones de medida de la mortalidad materna

Tabla 5. Principales Indicadores

Razón de Mortalidad Materna	Nº de defunciones maternas durante un periodo de tiempo X por cada 100.000 nacidos vivos en el mismo periodo
Tasa de Mortalidad Materna	Nº de defunciones maternas durante un periodo de tiempo X por cada 100.000 mujeres en edad fértil en el mismo periodo
Riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta	Probabilidad de una mujer de morir por una causa materna durante su vida reproductiva

Fuente: Estimaciones de Mortalidad Materna. OMS

29. Defunciones obstétricas directas por ejemplo: muertes por hemorragia, preeclampsia/eclampsia o complicaciones de la anestesia o la cesárea.

30. Defunciones obstétricas indirectas, por ejemplo las muertes por agravamiento de una patología cardiaca o renal

Una de las consideraciones que se deben hacer al interpretar los datos, es el subregistro habitual en las defunciones maternas que algunos autores han cifrado en torno al 44%³¹.

6.2. Vínculo Salud Materna y Derechos

Ya se ha comentado en capítulos anteriores el reconocimiento internacional de los derechos sexuales y reproductivos. En este capítulo, queda únicamente aportar elementos más específicos en relación al reconocimiento del hecho que la reducción de la mortalidad materna es un tema de derechos humanos. La salud materna tiene una estrecha vinculación con el derecho a alcanzar el más elevado estándar de salud posible.

“La mortalidad materna prevenible se produce cuando se fracasa en la ejecución de los derechos de las mujeres a la salud, la igualdad y la no-discriminación y al mismo tiempo representa una violación de los derechos de las mujeres a la vida”(Human Rights Centre, Essex University).

Elementos como la carencia de servicios de salud adecuados y de calidad, la pobreza, la inequidad social y de salud, sistemas de salud frágiles, barreras culturales y las desigualdades de género constituyen en sí mismos elementos de derecho que están también detrás de las muertes maternas prevenibles, que ascienden en torno a un 74% de las que ocurren en el mundo

En consecuencia, está reconocido internacionalmente que la reducción de la mortalidad materna está vinculada al ejercicio de los derechos individuales y de las mujeres. Este hecho se ha visto incluido en los años más recientes en los documentos técnicos y de recomendacio-

31. Lewis G, ed. Why mothers die 2000–2002. 2004

nes, no sólo de agencias y programas de Naciones Unidas además de en los ODM como ya se ha mencionado, sino también y muy particularmente de organizaciones de la sociedad civil, de mujeres y de salud sexual y reproductiva, quienes han jugado un papel muy importante en la dinamización de la integración de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en las agendas de desarrollo y de cooperación internacional en el mundo.

En un programa de SSR, donde uno de los componentes esenciales es la reducción de la mortalidad materna, proponemos el análisis previo en materia de derechos para incorporar actuaciones dirigidas a su promoción en dicho programa.

6.3. Metodología

6.3.1. Diagnóstico de situación

El diagnóstico de situación, de obligada realización con carácter previo a la definición, planificación y puesta en marcha de todo programa de SSR debe ser lo más riguroso y exhaustivo posible. Con el diagnóstico se pretende disponer de la máxima información posible, que permita componer la “fotografía” actual de lo que ocurre en términos de salud reproductiva. Para ello, se observarán varios niveles en la administración y los servicios sanitarios.

Así en el Nivel Central de la Administración de Salud ha de buscarse la siguiente información:

- Existencia de legislación y vigencia de la misma relativa a salud y derechos sexuales y reproductivos.
- Presencia, ámbito y grado de actividad de actores nacionales e internacionales en materia de SDSR. Con ello se observará el alcance y la dimensión del trabajo de incidencia política

que se realiza en el país en que nos encontremos y cuales son los potenciales aliados en este ámbito de trabajo.

- Distribución de los recursos nacionales para la mejora de la SDSR, para lo que se buscará información sobre los recursos que se destinan a este campo, si dichos recursos proceden de fuentes nacionales y/o internacionales.
- Existencia de escenario de rendición de cuentas nacionales a la sociedad civil organizada y de participación en toma de decisiones relativas a los programas en SDSR por parte de las organizaciones nacionales e internacionales.
- Existencia de programas de alcance nacional para la mejora de la SSR. Además, explorando el grado de implementación incluidas las zonas más inaccesibles y las poblaciones más vulnerables. Se trata de recabar información sobre los valores de los indicadores de resultados de dichos programas y de explorar el nivel de integración y coordinación entre ellos.
- Sistema Nacional de Salud: niveles resolutivos, grado de descentralización en la toma de decisiones y en la asignación de recursos, disponibilidad de recursos humanos (cualificados ó no), existencia de centrales de aprovisionamiento de suministros y nivel de operatividad.
- Existencia de sistemas de aseguramiento y tipología, buscando así conocer la cobertura pública, el nivel de pago de bolsillo y las condiciones para ello por parte de la población.
- Sistema de Información Sanitaria: revisión de la información provista desde el sistema en cuanto a población y epidemiología de la SSR, incluyendo la población y contextos geográficos más vulnerables y si es posible desagregada por sexo y por edad.
- Los principales –que no únicos, ya que depende del sistema de información sanitaria del país- indicadores habitualmente disponibles en el nivel central y relativos a SR son:
 - Tasa de natalidad
 - Tasa de fecundidad

- Índice de Mortalidad Materna y la distribución por causas (incluido el aborto inseguro y las complicaciones obstétricas)
- Tasa de Mortalidad Perinatal e Infantil
- Proporción de partos atendidos por personal cualificado
- Partos atendidos en año y partos de riesgo
- Tasa de cesáreas
- Cobertura de servicios de atención prenatal
- Cobertura de servicios de inmunización
- Prevalencia de VIH (incluida la transmisión vertical) general y por colectivos de población.

134

A partir de esta información provista por el Nivel Central, se trata de identificar la o las áreas geográficas donde la salud reproductiva es más precaria y por lo tanto susceptible de apoyo y mejora. Es posible que en el nivel central de la administración sanitaria se disponga de esta información desagregada por provincias y/o departamentos. En todo caso, siempre conviene chequear esta información con los niveles departamentales y/o provinciales.

A nivel de la administración sanitaria departamental, regional y/o provincial, se buscará el mismo tipo de información ya comentada más arriba, lo que permitirá además de chequear los datos, el funcionamiento de la distribución de la información y completarla.

A este nivel, se buscará además:

- Información sobre el número de hospitales, centros de referencia y centros de atención primaria existentes y operativos, incluyendo los servicios en salud reproductiva que ofrecen.

- Recursos humanos: profesionales de la salud y grado de cualificación, ratio médico/población, ratio enfermero/población,... Conocer el procedimiento –si existe– por el cual, los profesionales de la salud se ubican en las estructuras sanitarias es de interés en ocasiones. Por ejemplo, en algunos contextos tras la licenciatura en medicina es obligado un año de servicio rural profesional con carácter previo a optar por otras oportunidades profesionales, y eso determina en gran medida la continuidad de las actividades de los programas
- Información sanitaria desagregada por sexo, edad y estructura, que habitualmente dará un nivel de detalle superior al ofrecido por el nivel central.
- Presencia de organizaciones, asociaciones,... activas en salud reproductiva y el nivel de intervención. Es frecuente encontrar “sobre el terreno” asociaciones y organizaciones interviniendo y que escapan al conocimiento del nivel central.

Es en el nivel departamental, regional o provincial donde se propone el encuentro con la población potencialmente beneficiaria para conjuntamente explorar las necesidades, inquietudes y prioridades en salud reproductiva y que sin duda proveen una información cualitativa relevante no sólo desde la perspectiva de los servicios de salud, sino también sobre los aspectos culturales más importantes y determinantes de los niveles de salud reproductiva.

6.3.2. Objetivos Básicos

Desafortunadamente, hoy en día todavía el principal objetivo de trabajo para la mejora de la salud materna será abordar uno de los problemas principales: la mortalidad materna.

No se proponen aquí objetivos definidos para la disminución de la mortalidad materna, ya que siempre y necesariamente –como se ha visto– deberán adecuarse al contexto en que nos

encontremos, pero sí se aportan algunos elementos clave a considerar cuando se plantee la definición de los objetivos. Al menos, deben ser:

- Adecuados al contexto. Como se ha visto ya, la mortalidad materna es desigual entre regiones, países y entre mujeres de un mismo país en función de su estatus social, educativo, económico y cultural. La información desagregada por edad, localidad, residencia (urbana o rural), grupo étnico y condiciones de exclusión será un instrumento extremadamente útil para disponer de la “fotografía” de mortalidad materna y el grupo de mujeres más afectadas.
- Dirigidos a “atacar” las causas principales de la mortalidad materna que se hayan identificado. No solamente desde una perspectiva de servicio sanitario y los resultados obtenidos en términos de salud, sino también considerando el conjunto de causas –ya mencionado- que está detrás de las defunciones maternas, tales como la inequidad de género, la ausencia de acceso a servicio (por razones económicas, geográficas, culturales,...), entre otras.
- Realistas en cuanto al tiempo que durará la intervención en salud y a las expectativas de la población beneficiaria. Es muy importante que durante el análisis que se realiza para identificar la mejor posible intervención en SSR basada en derechos y que incluye necesariamente la participación de las personas y/o grupos afectados, no se generen expectativas con escasos visos de cumplimiento a posteriori. Además, ser conscientes desde un inicio del tiempo previsto para la puesta en marcha y ejecución, para poder valorar cuidadosamente los aspectos claves a trabajar para la sostenibilidad de la acción.
- Acordes a los recursos existentes tanto los propios del lugar de la intervención como los de la propia organización de cooperación. Se debe mapear el conjunto de actores “sobre el terreno” que están interviniendo en el campo de la SDRS buscando la complementariedad y evitando la superposición o duplicidad del trabajo. Cuando nos referimos a recursos, no

son solo los económicos, sino también físicos (estructuras sanitarias,..) y humanos. Los recursos humanos han de estar suficiente y adecuadamente cualificados en SDSR para ser candidatos y/o ejecutores de la intervención que se está planificando.

- Pertinentes en relación a la estrategia de actuación que se plantee, es decir si se abordará la formación especializada del personal sanitario, el apoyo en servicios de emergencia o la asistencia sanitaria a las mujeres embarazadas,... Se pueden alcanzar una misma meta con actuaciones diversas. Se puede mejorar los resultados en salud de las mujeres, disminuyendo las muertes durante el parto bien proveyendo formación especializada al personal sanitario que atiende los partos, bien disponibilizando salas de partos con equipamiento adecuado para atender las emergencias obstétricas, o poniendo al servicio de la red sanitaria servicios de derivación especializadas para partos de riesgo. La búsqueda de la pertinencia de la estrategia acorde al conjunto de recursos disponibles, necesidades específicas del contexto, barreras socio culturales presentes, inserción en el sistema público de salud y actores presentes se revela fundamental para la definición de objetivos.

Sea como fuere, se impone una visión importante de coordinación, integración de las actuaciones y con el entorno y ser cauteloso en las pretensiones porque lo más probable es que sólo con las sinergias y la suma de actuaciones se consiga el objetivo perseguido. Es posible que nuestro objetivo con el programa a desarrollar sea “Contribuir a la reducción de la mortalidad materna” ó “Contribución a la mejora de la salud materna”.

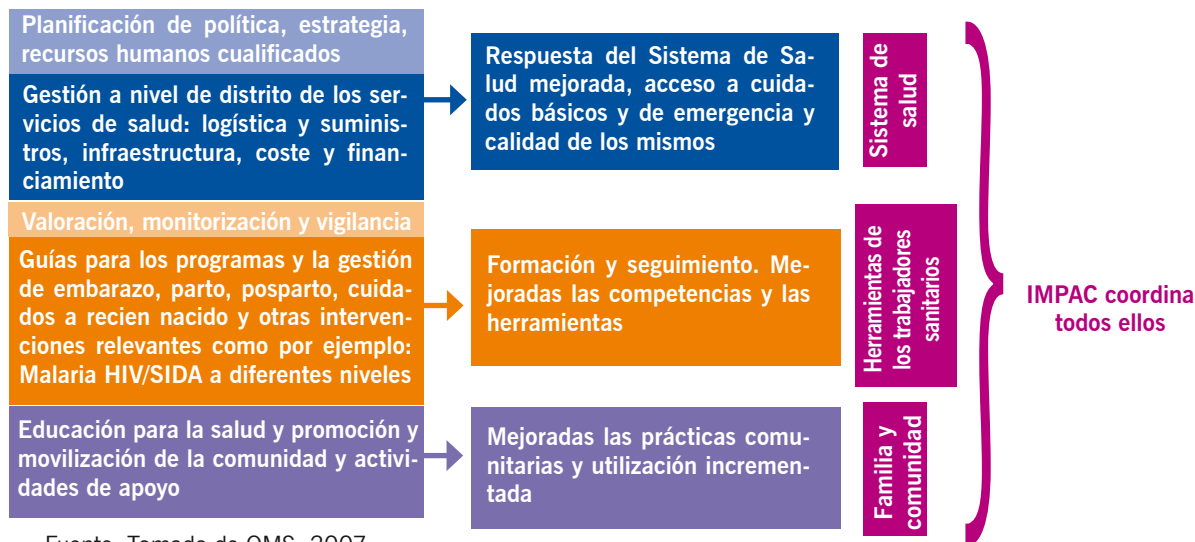
Existe metodología diversa de planificación general y de planificación sanitaria en particular que puede ser utilizada para la definición de los objetivos. Lo que más frecuentemente enfrentaremos –al menos en la cooperación española– será la metodología del marco lógico, pero que no se desarrollará por no constituir el objeto de esta guía.

6.3.3. Planificación /Diseño del Programa

Se presenta en la figura 10, el esquema IMPAC propuesto por OMS para el Manejo Integrado de Gestación y Parto / Nacimiento y que puede ser de interés para la comprensión de los componentes del programa según los niveles de intervención.

Una vez que se ha recabado la información necesaria para diagnosticar la situación en salud reproductiva, el siguiente paso es analizarla y concluir al respecto de cuales son las necesidades, las áreas geográficas, los grupos de población más vulnerables y las inquietudes expresadas por parte de la población afectada. A partir de aquí el siguiente paso es priorizar, ya que con certeza casi absoluta no se podrá con una única intervención abarcar el conjunto de necesidades identificadas.

Figura 10. Manejo integrado de embarazo y nacimiento (IMPAC)



Fuente: Tomado de OMS, 2007

Quizás ésta sea la fase más sensible del proceso ya que habitualmente nos encontraremos con diversidad de problemas que requieren de apoyo a varios niveles: legislativo, comunitario, de las administraciones sanitarias,.. y diversidad de necesidades sentidas, expresadas y detectadas por los y las profesionales. Antes de enfrentar esta fase conviene acotar a priori cuales serán los criterios que se utilizarán para priorizar. Esta batería de criterios, dependerá obviamente de cada organización y entidad que los establecerá en base a su misión y fines.

Es interesante realizar el ejercicio de priorización para cada uno de los problemas / necesidades identificados, otorgando puntuación a cada uno de ellos en base a los mismos criterios previamente definidos.

Proponemos algunos criterios:

- *Vulnerabilidad del problema*: la pregunta que nos formulamos es ¿el problema X es susceptible de ser minimizado /resuelto con nuestra intervención?. A modo de ejemplo: Si el problema que estamos valorando es el exceso de mortalidad materna en una zona poco accesible geográficamente, la pregunta sería ¿el exceso de mortalidad es vulnerable, se puede modificar, se puede minimizar/ resolver? La respuesta y la puntuación que se otorgará variará en función de si para ello es necesario dotar de un transporte con elevado nivel resolutivo, si para ello es necesario capacitar a los profesionales de la zona, si para ello es necesario complementar lo existente con un banco de sangre o si para ello es necesario construir una estructura al efecto. Parecería más vulnerable el problema si solo fuera necesario capacitar a los profesionales que si se trata de construir una estructura sanitaria.
- *Gravedad*: se trata de otorgar puntuación al problema identificado en función de su gravedad para la persona afectada.

- *Alcance*: se otorga puntuación en función de la dimensión del problema en el área geográfica que se haya determinado.
- *Factibilidad*: Refiriéndonos con ello a si para la entidad que está realizando el diagnóstico, abordar el problema es factible. A modo de ejemplo: si el problema que estamos valorando es la inexistencia de un banco de sangre para resolver la complicación hemorrágica obstétrica, ¿disponemos de recursos (económicos y humanos) para ponerlo en marcha?. Será más factible abordar el problema en la medida en que se dispongan de los recursos.

Una vez realizado el ejercicio de priorización, se dispondrá de una lista de problemas puntuada de mayor a menor, que nos facilitará la toma de decisión sobre el/los problemas a los que se dirigirá la intervención.

140

A partir de aquí, se trata de definir los objetivos del programa acordes a la estrategia de trabajo propia de entidad / organización que está planificando el programa.

Algunos ejemplos de objetivos:

Siempre ha de incluirse el tiempo en el que se pretende conseguir el objetivo y el ámbito de actuación

- Contribuir a reducir la mortalidad materna en un X %
- Disminuir en un X % el número de defunciones maternas
- Aumentar en un X % los partos atendidos por personal cualificado
- Reducir en un X % las complicaciones obstétricas durante el parto
- Aumentar en un X % la cobertura de los servicios de atención prenatal

- Propiciar la incorporación a la legislación nacional de los DDSSRR
-

Por último, algunas consideraciones en relación a los indicadores de seguimiento y evaluación del programa.

La identificación y asignación de indicadores para el seguimiento de los objetivos es crucial. No obstante, se debe valorar cuidadosamente la necesidad de información para el análisis y la evaluación de la actuación en relación con la capacidad técnica para la recogida y el análisis de dicha información. Existen indicadores directos e indirectos que nos permiten verificar o valorar la realización de las actividades.

Las características que debe cumplir todo indicador son:

- De sencilla obtención
- Fiables
- Sensibles
- Sencillos
- Útiles para aquello que se desea medir

Los indicadores han de ser adecuados especialmente a:

- Tipo de intervención que se está realizando. A nadie se le escapa que no se utilizarán los mismos indicadores para una intervención centrada en la formación y cualificación de personal sanitario para la atención de la salud materna que para otro tipo de actuación que signifique la prestación directa de servicios sanitarios.

- Nivel asistencial en el que nos encontremos: No se podrá recabar el mismo tipo de información de un centro de atención primaria (o puesto de salud) que de un hospital donde se practiquen cesáreas.
- Momento temporal de la intervención: No tiene sentido medir mortalidad materna en un periodo de una semana, pero sí lo tiene recoger información sobre el número de partos habidos y el número de muertes maternas producidas, para en un plazo mayor de tiempo poder estimar la mortalidad materna de la región donde estemos trabajando.

Se debe contemplar siempre la transmisión de la información recogida y analizada. Esta transmisión contribuye a la comprensión por parte del personal encargado de recoger la información, de la importancia de su trabajo y de la utilidad de dicha información para el seguimiento y la puesta en marcha de mecanismos de mejora.

6.3.4. Elementos de atención

Al considerar y revisar las causas de la mortalidad materna, tal y como se ha explicado anteriormente, encontramos la clave para conocer los elementos de atención prioritarios.

Las intervenciones en salud con un importante papel en la mortalidad materna incluyen:

- A. Servicios obstétricos de emergencia,
- B. Parto atendido por personal cualificado,
- C. Educación e información en salud sexual y reproductiva,
- D. Servicios de aborto seguros,

- E. Planificación familiar y
- F. Servicios de atención primaria

A. Servicios Obstétricos de Emergencia

Este tipo de servicios son cruciales para la disminución de la mortalidad materna, ya que permiten asumir las complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la vida de la mujer, particularmente durante el parto y contribuyen además a la disminución de la mortalidad perinatal.

En los países en desarrollo, lo más frecuente es encontrar estos servicios ubicados en los hospitales de referencia. Esto significa en términos prácticos, que la mujer debe conocer con antelación la existencia de riesgo durante su embarazo y parto para poder dirigirse hacia este nivel asistencial. Por otro lado, el hecho de que las mujeres conozcan su situación de riesgo, no siempre significa que buscarán este tipo de atención en el parto, y en ello influyen diversos factores como: la distancia geográfica, el coste económico que supone, dejar a su familiar días sin su presencia y con frecuencia niños menores, disponer del permiso del marido y/o de la familia, confiar en el sistema de atención sanitaria, y ser plenamente consciente del riesgo. A esto se añade el hecho de que para conocer con antelación la situación de riesgo, debe haber personal sanitario suficientemente cualificado para detectarlo y recomendar a la mujer las medidas necesarias a adoptar y estar coordinados con los niveles resolutivos superiores para que la derivación de las mujeres sea efectiva.

No se puede obviar la consideración y valoración del nivel resolutivo de los servicios obstétricos de emergencia, ya que requieren un equipamiento y suministros adecuados –incluidos bancos de sangre- para resolver oportuna y satisfactoriamente los riesgos.

El acceso a los servicios obstétricos de emergencia se ha constituido en los últimos años en uno de los elementos objeto de los llamamientos a nivel internacional para la disminución de la mortalidad materna, rindiéndose así a la evidencia.

La puesta en marcha de los servicios obstétricos de emergencia es por tanto una prioridad en todo programa que aborde la mortalidad materna, y debe adecuarse al contexto, al nivel resolutivo de la estructura sanitaria de que se trate y deben estar coordinados de modo efectivo con el conjunto de los servicios sanitarios de primer nivel.

B. Atención al parto por personal cualificado

Ya se ha documentado anteriormente el hecho de que en los países en desarrollo aún no es una realidad que las mujeres sean atendidas durante el parto por personal cualificado, lo que pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres y de los recién nacidos.

Si tenemos en cuenta que además en muchos contextos las mujeres no acuden a los servicios de salud para el seguimiento de su embarazo y el parto, se ha de evaluar quien o quienes son las personas que atienden los partos en este tipo de situaciones. La mayoría de las veces nos encontraremos en que son atendidos por familiares, parteras tradicionales y/o agentes de salud comunitarios sin la suficiente dotación de medios, recursos y conocimientos para identificar situaciones de riesgo y actuar en consecuencia.

Si bien durante mucho tiempo el problema de accesibilidad geográfica a los servicios de salud, se abordó -entre otras- con la estrategia de capacitar a personal de salud comunitaria y parteras tradicionales, no se ha evidenciado en la literatura que esta estrategia haya contribuido a la reducción de la mortalidad materna. Son diversas las razones para ello y entre

otras destacan: contextos poco accesibles geográficamente donde la supervisión posterior del trabajo de estas figuras es escasa por parte de quienes realizaron la formación; a menudo se trata de una formación discontinua en el tiempo; irregular o nulo aprovisionamiento de material y equipamiento necesario para atender partos con seguridad; descoordinación con los servicios sanitarios públicos de primer nivel que muchas veces no reconocen el trabajo de este personal de salud comunitario; falta de reconocimiento por parte de la administración sanitaria nacional de este personal lo que los ubica en situación de desconexión y ausencia de formación posterior; ausencia de recursos –transporte especializado, apoyo económico para el desplazamiento...– para la derivación en caso de situaciones de riesgo; aspectos sociales de legitimación y carga de trabajo de este personal, ...

A estas alturas parece obvia la necesidad de inversión en recursos humanos cualificados, pero también evitar su concentración en las grandes ciudades y quedando las áreas rurales y menos accesibles sin personal sanitario formado y evitar también la “fuga” de profesionales fuera del país.

Un programa en SSR que contemple la mejora de la atención al parto, debe incluir de modo obligado la cualificación del personal sanitario, ya sea en detección de riesgos, ya sea en su manejo si las instalaciones sanitarias donde desarrollan su profesión así lo permiten, ya sea introduciendo elementos en la formación reglada de personal de enfermería y médic@s.

C. Educación e información en salud sexual y reproductiva

Es cada vez más evidente la necesidad en este campo y no sólo referida al momento de la gestación o parto, sino desde edades tempranas de la vida. Los servicios de información y educación en salud sexual y reproductiva son especialmente importantes durante la vida

fértil de las mujeres, y deben estar integrados con los servicios de atención primaria de salud.

La integración es uno de los criterios más importantes que debe reunir todo programa en SDR. No debemos perder de vista que los servicios de atención primaria son el primer contacto de la población con el sistema sanitario y la filosofía que debe animar toda intervención es la de “no perder ninguna oportunidad” una vez establecido ese contacto. Así, integrar la atención en salud materna al conjunto de servicios prestados en el primer nivel de atención debe ser prioritario.

Parece evidente que un programa en SSR basado en derechos debe incorporar a la educación e información en SSR la perspectiva de los derechos humanos y los DDSSRR.

Merece especial mención el factor demanda. Con ello nos referimos a que tradicionalmente la información y educación en SSR se ha realizado como consecuencia de la demanda explícita de las personas usuarias de los servicios de salud. La recomendación actual se dirige a proveer de modo pro-activo esta información y educación en SSR, no esperando por tanto a que la inquietud se haga explícita sino propiciando desde los servicios de salud recomendaciones para alcanzar la mejor SSR posible.

Sin duda a nadie se le escapa que este componente más preventivo que asistencial, se encuentra –al igual que otras medidas y componentes de prevención general de la enfermedad y de promoción de la salud– insuficientemente desarrollado. Es importante re-situar nuevamente la promoción de la salud y en este caso la SSR y la prevención de la enfermedad como una tarea propia de las y los profesionales de la salud.

Uno de los retos, reside en la insuficiente cualificación en esta materia por parte del personal sanitario, en las cargas de trabajo habitualmente destinadas al ámbito asistencial, y que se

traduce en muchas ocasiones en nula, insuficiente e incluso errónea información en SSR recibida por las y los usuarios de los servicios sanitarios.

Entendemos que el capítulo de esta guía que aborda la educación sexual incluye otros muchos elementos relevantes y que no se reiterarán aquí.

D. Servicios de aborto seguro

Aunque ya se ha documentado la situación actual en el mundo en relación al aborto inseguro y sus consecuencias sobre la mortalidad de las mujeres, conviene recordar la definición de la OMS de aborto inseguro: *“Un procedimiento para la terminación de un embarazo no deseado realizado por individuos sin los medios/herramientas necesarios o/y en un entorno que no reúne los mínimos estándares médicos”*.

El aborto inseguro es especialmente prevalente en los países en desarrollo, donde –incluso cuando esté permitido legalmente– el aborto seguro no es fácilmente accesible. Además del riesgo de morir para la mujer, no se puede obviar la morbilidad como consecuencia de un aborto inseguro que incluye la hemorragia, sepsis, peritonitis, traumatismos en cervix, vagina, útero y órganos abdominales, infertilidad... Se estima que entre el 20-50% de la mujeres que realizaron aborto inseguro fueron hospitalizadas por las complicaciones.

La provisión de servicios para aborto seguro se observa desde dos perspectivas:

- La primera, aquella que se refiere a los servicios de salud que atienden a mujeres que se han sometido a la intervención de aborto y que ha conducido a un problema de salud con niveles de urgencia variables. Este tipo de servicios deben brindar el/los actos médicos

adecuados a la situación de cada mujer. La atención sanitaria debería ser provista en condiciones de igualdad y respeto a la confidencialidad, sin realizar en ningún caso valoraciones subjetivas sobre el procedimiento, las razones que la motivaron y/o la decisión de la mujer.

En un programa de SSR basado en derechos, se debe abogar por el cumplimiento de los derechos reproductivos, sensibilizando al respecto de la importancia que el aborto inseguro tiene en la salud de las mujeres y por tanto en la de la comunidad y sobre el derecho que tienen las personas –y particularmente las mujeres- para decidir sobre su vida reproductiva.

- La segunda, relativa a que en aquellos contextos donde la legislación lo permita, la mujer debe tener garantizada su seguridad a la hora de enfrentar la intervención. Asimismo deberían estar disponibles los mejores métodos y más eficaces tanto para un procedimiento quirúrgico como para un aborto farmacológico. Una vez más, las condiciones que avalan la seguridad del servicio vienen dadas por la cualificación de los y las profesionales de salud, la dotación en medicamentos, insumos y equipamientos médicos adecuados y la disponibilidad de servicios de urgencia para casos de riesgo.

Una última consideración al respecto de los servicios de aborto, en aquellos contextos donde esto sea factible es relativa a la accesibilidad económica y siendo deseable que sea en el seno de los servicios de salud públicos donde las intervenciones tengan lugar, ya que eso implicaría la consideración por parte de los y las profesionales y de la administración sanitaria de que la legislación sea efectiva para las mujeres.

E. Planificación familiar

Dado que hay un capítulo de esta guía, dedicado a este tema, remitimos a éste.

Únicamente cabe mencionar la evidente relación entre la provisión adecuada y continua de servicios y métodos eficaces de planificación familiar y la morbi-mortalidad materna y la salud materna en general y llamaremos la atención sobre la importancia de que el suministro sea continuo en el tiempo y sostenible.

F. Servicios de atención primaria

Ya se ha comentado que los servicios de atención primaria constituyen el escenario donde se produce el primer contacto de las personas con el sistema de salud. Desde la conferencia de Alma Ata, en la que se hizo el llamamiento mundial de “Salud para todos en el año 2002”, la atención primaria ha sido objeto de un desarrollo importante en la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. Esto no significa necesariamente que la cobertura de estos servicios sea totalmente satisfactoria, y que el conjunto de servicios provistos desde este nivel asistencial sea siempre adecuado y completo.

Habitualmente asistimos a servicios de primer nivel donde las prestaciones son un conjunto de actividades previstas en programas verticales que están poco integradas entre sí y que por tanto generan un sinnúmero de oportunidades perdidas una vez que se ha producido el contacto entre la persona y el servicio de salud.

Entendidos como el primer nivel de contacto de la población con los servicios de salud, es en la atención primaria donde puede identificarse y resolverse en torno al 70% de la patología

más prevalente. La existencia de servicios integrados de salud en este nivel de atención es una de las piedras angulares para la información y educación en salud sexual y reproductiva y para un correcto manejo del embarazo, parto y postparto así como para la identificación de los riesgos durante el proceso reproductivo. Se revelan básicos también para la disminución de la mortalidad perinatal e infantil.

En un programa de SSR basado en derechos, deberemos contemplar el esquema del nivel asistencial existente y en particular observar los distintos programas lanzados desde la administración nacional y cómo éstos se articulan entre sí en el nivel de atención primaria. Es posible encontrar programas con elevado financiamiento conviviendo con otros de recursos limitados y que desarrollados de modo coordinado, redundarían en un mejor resultado en términos de salud de las mujeres. Este análisis puede servir doblemente: para la incidencia política y para un incremento y mejora en los niveles de salud de la población.

150

Se ha dicho a menudo que la mortalidad materna se produce como consecuencia de una secuencia acumulativa de retrasos en la atención sanitaria. A continuación se presenta la relación entre tres de estos retrasos principales y su correspondencia con el derecho a la salud

Retrasos	Correspondencia con derecho
Retraso en la búsqueda de ayuda médica adecuada para una emergencia obstétrica por razones de coste, ausencia de reconocimiento de la emergencia, educación insuficiente, falta de acceso a la información y desigualdad de género	Acceso a información en salud y educación Acceso a servicios sanitarios asequibles y geográficamente accesibles Disfrute del derecho a la salud sobre la base de la no discriminación y la igualdad
Retraso en llegar a una estructura de salud adecuada por distancia, infraestructura y/o transporte	Acceso físico seguro a los servicios de salud
Retraso en recibir cuidados adecuados al llegar a la estructura por que no hay suficiente personal, o no están disponibles los suministros médicos, agua y/o electricidad	Numero adecuado con profesionales de la salud Disponibilidad de medicamentos esenciales Agua de consumo segura, saneamiento y otros determinantes de la salud

Fuente: Tomado de UNFPA.

A continuación, se presenta en la tabla 6 que resume las principales actividades en el continuum gestación-parto-postparto y que deben contemplarse en todo programa de salud sexual y reproductiva.

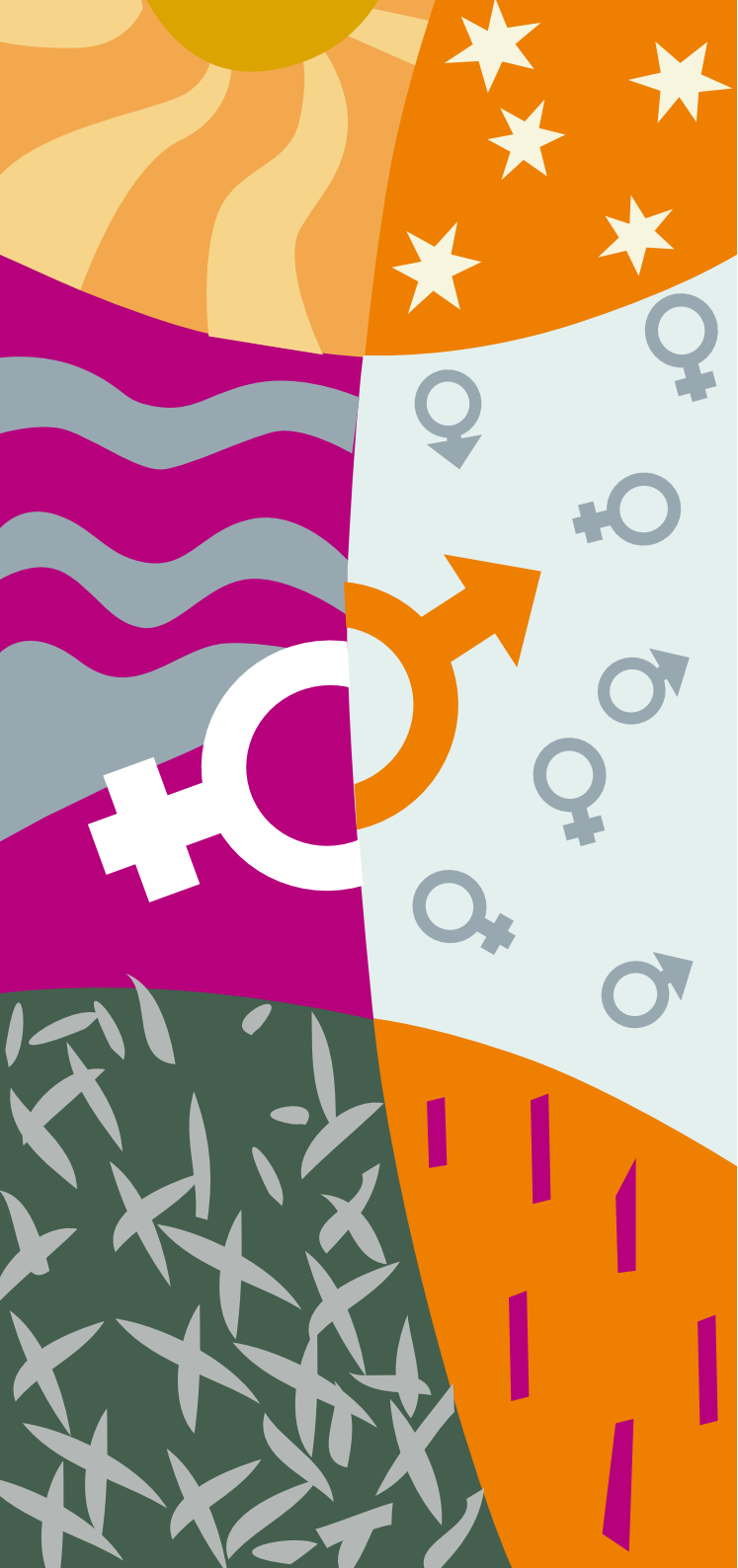
Tabla 6. A
ades en Salud reproductiva

	Servicios rutinarios	Servicios Adicionales	Cuidados especializados obstétricos y neonatales
Embarazo 4 visitas: esenciales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confirmación de embarazo ■ Seguimiento del progreso del embarazo ■ Detección de problemas que puedan complicar la gestación ■ Inmunización contra tétanos, prevención de anemia y control (hierro y ácido fólico) ■ Información y consejo sobre autocuidados incluida la SSR ■ Planificación del parto y de emergencias posibles ■ Diagnóstico de sífilis ■ Diagnóstico de HIV y consejo asistido* ■ Tratamiento preventivo antipalúdico y promoción de uso de mosquiteras impregnadas* ■ Desparasitación* ■ Valoración de la Mutilación Genital Femenina* 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tratamiento de complicaciones moderadas o severas ■ Cuidados post-aborto y planificación familiar ■ Tratamiento de complicaciones severas previo a la referencia ■ Apoyo a mujeres con necesidades especiales (adolescentes, víctimas de violencia,..) ■ Tratamiento de sífilis (pareja) ■ Prevención de transmisión vertical de HIV y consejo sobre parto y lactancia* ■ Tratamiento de infecciones oportunistas* ■ Tratamiento de malaria no complicada* 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tratamiento de complicaciones severas: <ul style="list-style-type: none"> - anemia - pre-eclampsia severa - hemorragia - infección - otras complicaciones médicas ■ Tratamiento de complicaciones de aborto ■ Tratamiento de infección por HIV* ■ Tratamiento de malaria complicada*

<p>Post Parto (hasta las 6 semanas)</p>	<p>Valoración del bienestar materna Prevención y detección de complicaciones Prevención y control de anemia Información y consejo en nutrición, sexo seguro, planificación familiar. Provisión de métodos de PF Consejo para la detección de signos de riesgo y preparación ante emergencias Provisión de uso de mosquiteras impregnadas*</p>	<p>Tratamiento de algunos problemas (anemia leve o moderada, depresión postparto..) Tratamiento previo a la derivación (sepsis puerperal, hemorragias,..) Tratamiento de malaria no complicada *</p>	<p>Manejo y tratamiento de todas las complicaciones severas Esterilización femenina Tratamiento de malaria complicada*</p>
<p>Cuidados al recién nacido (nacimiento y período postnatal inmediato)</p>	<p>Promoción, protección y apoyo para la lactancia Monitorización y valoración del bienestar, detección de complicaciones Prevención de la infección y control del entorno inmediato Cuidado ocular Información y consejo de higiene, alimentación y cuidados en casa Consejo para signos de peligro y preparación para emergencias Inmunización según el calendario nacional Promoción de uso de mosquiteras impregnadas*</p>	<p>Atención en caso de bajo peso al nacer, pretérmino. Tratamiento de cuadros leves a moderados: infecciones locales, Manejo de los niños con problemas severos previos a la derivación Apoyo a la madre en caso de muerte perinatal Tratamiento presuntivo de sífilis congénita* Prevención de la transmisión vertical de HIV* Apoyo para la nutrición infantil de elección materna*</p>	<p>Manejo de problemas severos del recién nacido Manejo de malformaciones tratables Tratamiento de sífilis congénita y tétanos neonatal*</p>

* El documento original los incluye como servicios situacionales

Fuente: Adaptado de WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health



Educación sexual

7. Educación sexual

Los jóvenes han demostrado de manera incuestionable que son capaces de tomar decisiones responsables para protegerse cuando reciben apoyo, y pueden educar y motivar a otras personas a tomar decisiones seguras.

Gro Harlem Bruntland, Directora General de la OMS

7.1. Conceptos generales

7.1.1. Adolescencia y juventud

La juventud como etapa del proceso vital se puede definir como un periodo de transición de mayor grado de dependencia, tanto económica, social y afectiva, a mayor grado de autonomía, que caracteriza la edad adulta.

En la actualidad, según los parámetros establecidos por la organización mundial de la salud, la adolescencia se sitúa entre los 10 y los 19 años. Sin embargo, no es posible definir la adolescencia ni la juventud³² como una categoría única y universal. Los significados que les

32. Con jóvenes nos referimos a la etapa comprendida entre los 10 y los 24 años, y adolescencia a la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años. Como en general, los programas de SSR para jóvenes comprenden ambas etapas, nos referiremos a ambos colectivos como “jóvenes”, a no ser que queramos referirnos específicamente a la adolescencia.

son atribuidos varían en función de la clase, la etnia o el género. Se trataría por tanto de la existencia de múltiples adolescencias en función del contexto cultural, social y político.

En la actualidad y en un mundo cada vez más globalizado, las concepciones culturales de la adolescencia se acercan cada vez más: el incremento global de la edad de matrimonio esta contribuyendo al descenso de la fecundidad adolescente; fenómenos como la urbanización, la globalización y el advenimiento de una cultura juvenil mundial forjada por los medios de difusión, y a la tendencia global a la prolongación de los estudios, favorecen este acercamiento. Aunque los 1200 millones de jóvenes³³ de todo el mundo siguen caracterizándose por su diversidad y por la heterogeneidad de sus necesidades y metas, sus valores e identidades se están pareciendo cada vez más.

7.1.2. La juventud como sujeto de derechos

La juventud, ubicada como grupo humano en un terreno específico pero indefinido entre la niñez y la edad adulta, ha tenido escasa atención, tanto desde el campo de los derechos como desde el de la salud. Esta ubicación indefinida como ciudadanos los coloca en una posición de sujetos carentes de derechos, en una sociedad que les impone obligaciones.

En el campo de los derechos, la juventud carece de representación como colectivo social. Si bien pueden percibirse como iguales entre si y con problemáticas comunes, no son reconocidos como categoría social con representatividad propia, es decir, con capacidad para decidir y tomar decisiones responsables sobre si mismos. La adolescencia y la juventud no son per-

33. UN. Informe sobre el estado mundial de la juventud 2005.

cibidas como sujetos de política, capaces por tanto de crear discursos políticos propios y de participar en la toma de decisiones que involucran sus vidas.

En el campo de la salud, la juventud es percibida, tanto por ellos mismos como por la concepción biomédica, como carentes de problemas de salud, y se define esta etapa de la vida como de baja morbilidad pero expuesta a riesgos como resultado de los comportamientos propios de la juventud. Con demasiada frecuencia, las políticas relativas a la juventud son impulsadas por estereotipos negativos acerca de los jóvenes. Pero lo cierto es que la falta de reconocimiento público como sujetos de derecho y las políticas discriminatorias y opresivas que limitan, por ejemplo, las opciones reproductivas de la juventud, junto con la falta de reconocimiento público de su sexualidad, enfrentan a jóvenes y adolescentes de todo el mundo a problemas de salud que nada tienen que ver con comportamientos de riesgo, sino con la vulnerabilidad a la violencia sexual y con las barreras culturales que limitan su acceso a la SSR y al disfrute de una sexualidad plena. Es un periodo donde los temas salud sexual y reproductiva, aunque importantes, no tienen la consideración que se merecen, dado que se refieren al ejercicio de una sexualidad y una ciudadanía que normalmente les son negadas.

Históricamente, la infancia y la adolescencia han sido reconocidas como etapas de necesidades específicas, pero hasta la Convención de los Derechos del Niño (CDN), en 1990, no se considero que tenían, además, derechos exigibles. Esto supuso el cambio del enfoque asistencial al enfoque de derechos. La diferencia central entre el enfoque asistencial y caritativo, basado en necesidades, y el enfoque de derechos, basado en la protección integral, consiste en que este último requiere de la creación de mecanismos jurídicos e institucionales que garanticen su cumplimiento, y por lo tanto, empodera a la población para su exigibilidad. Naciones Unidas recomienda en este sentido que la juventud sea considerada como aliada imprescindible para construir la sociedad del futuro.

7.1.3. Derechos, salud sexual y reproductiva y educación sexual

La educación sexual como estrategia de empoderamiento y promoción de la salud, surge de la mano del reconocimiento de los DDSSRR de la juventud, que a tenido un largo recorrido a través de diversas conferencias internacionales.

La Conferencia de Alma Ata (1978), supuso un potencial, avance mundial sobre los derechos sobre la salud. En ella, se ratificó la definición de salud de la OMS, según la cual el estado de salud no es ya la mera ausencia de enfermedad, sino que incluye en su definición la necesidad del desarrollo social y económico, considerado como requisito y resultado de la salud. Este concepto tiene fuertes implicaciones sociopolíticas, ya que apunta explícitamente a la necesidad de una salud integral que afronte las causas económicas, sociales y políticas de la falta de salud. Para la estrategia planteada en Alma Ata, la participación comunitaria es fundamental, y se impulsará la Educación para la Salud (EpS) como estrategia integrante de la atención primaria de salud y pieza clave de la promoción de la salud.

En materia de SSR, la EpS es una estrategia fundamental para conseguir que la población cuente con formación e información, y desarrolle su capacidad de controlar y tomar decisiones informadas sobre su SSR de modo individual y comunitario. Esta estrategia, debe incorporar la transversalidad del enfoque de género o Mainstreaming de Género³⁴ y esta ligada a estrategia del empoderamiento³⁵.

34. Estrategia adoptada internacionalmente en Beijing con el objetivo de incorporar la perspectiva de género a las políticas de salud en todos sus niveles. Para ello, ha de transversalizar la atención primaria de salud y la educación para la salud. Pretende visibilizar los problemas y la voz de las mujeres.

35. La estrategia del empoderamiento fue también adoptada internacionalmente en Beijing como estrategia de desarrollo internacional. Busca aumentar el poder de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, que hace referencia a edades comprendidas entre el nacimiento y los 18 años, se establece por primera vez que los y las niñas son sujetos de derecho. Este tratado es un instrumento internacional jurídicamente vinculante, y ha sido ratificado por todos los Estados del mundo, a excepción de Somalia y los Estados Unidos de América. En el, se reconoció, por primera vez en el ámbito internacional, el derecho a la salud de los y las adolescentes, incluyendo su salud reproductiva. Esto incluye el derecho a una atención médica adecuada, confidencial y segura para las y los adolescentes, y obliga a los gobiernos a asegurarles el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. En esta convención se establece que la infancia y la adolescencia tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, y dispone el desarrollo de la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación familiar (Art. 24), así como el acceso a la información que les permita tomar decisiones acerca de su salud (Art. 17). También tienen derecho a ser escuchados, a expresar sus opiniones y a ser involucradas en la toma de decisiones (Art. 12). Tienen derecho a la educación que les ayude a aprender, desarrollar y alcanzar el máximo de sus posibilidades y prepararles para ser comprensivos y tolerantes con otras personas (Art. 29).

Posteriormente, en la Conferencia de El Cairo, se establece que en materia de salud sexual y reproductiva, se debe prestar plena atención a la satisfacción de las necesidades adicionales y de servicios de los adolescentes *“con el objetivo de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable”* (7. a), y se recomienda el apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integrada para la juventud, en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño (7.d).

En la Plataforma de Acción de Beijing, se exhorta a los gobiernos y autoridades e instituciones educativas a *“eliminar... las barreras legales y reglamentarias que se oponen a*

la enseñanza de cuestiones sexuales y de salud reproductiva” (83.k), como medida para alcanzar el objetivo estratégico de establecer sistemas de educación y capacitación no discriminatorios. En los puntos 107.g y 107.e se insta a reconocer las necesidades específicas de la adolescencia en materia de SSR y a aplicar programas adecuados sobre educación sexual y reproductiva.

- Convención de la ONU sobre los derechos del Niño y de la Niña (CDN) (1989) Esta convención hace referencia a las edades comprendidas entre el nacimiento y los 18 años.
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo(1994), de la que sale el Programa de Acción de El Cairo. (puntos 7.41; 7.45 al 7.47)
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995), de la que sale la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción de Beijing (puntos 83.1; 106; 107; 108; 267; 281)

Pese a este largo recorrido en el reconocimiento y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la juventud, muchos programas de educación sexual y salud sexual y reproductiva para jóvenes siguen partiendo de una perspectiva asistencialista y no incluyen la perspectiva de derechos.

Para que las intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva para jóvenes sean eficaces, además de proporcionar información y acceso a métodos modernos de anticoncepción, deben crear mecanismos jurídicos e institucionales que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y proporcionar herramientas a la juventud para que sea capaz de manejar su propio riesgo.

7.2. Datos sobre el estado de la SSR de la juventud

La actual generación de jóvenes es la mayor registrada en la historia humana. Casi la mitad de la población mundial (más de 3000 millones de personas) tienen menos de 25 años. De esos jóvenes, el 85% vive en países en desarrollo.³⁶

Además de los jóvenes, los niños menores de 15 años constituyen otro 30% de la población mundial total. Juntos estos dos grupos, es decir, los menores de 24 años, representan casi la mitad de la población mundial. Aunque el crecimiento de ambos grupos conjuntamente se ha desacelerado durante los 10 últimos años, en cifras absolutas, hay más jóvenes que nunca.

Se calcula que, en la actualidad, casi 209 millones de jóvenes, es decir, el 18% del total, vive con menos de un dólar al día y 515 millones, es decir, casi el 45%, con menos de dos dólares al día. El Asia meridional cuenta con el mayor número de jóvenes por debajo de ambos umbrales de pobreza, seguida del África subsahariana. Estas regiones también cuentan con las mayores concentraciones de jóvenes desnutridos.

La juventud enfrenta hoy en día múltiples problemas en relación a su salud sexual y reproductiva. Los relacionados con el embarazo no deseado, las conductas sexuales de riesgo y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, están ampliamente documentados. Los siguientes datos nos dan una idea del estado mundial de la salud reproductiva de la juventud:

- La mitad de todas las nuevas infecciones por VIH ocurren entre personas jóvenes, y casi una cuarta parte de todas las personas que viven con el VIH tiene menos de 25 años.

36. UNFPA *Estado de la población mundial 2005*

- Se estima que cada día quedan infectados 6000 jóvenes, la mayoría mujeres y niñas.
- Las mujeres entre 15 y 24 años de edad tienen un 1,6 más de probabilidades que los varones de su misma edad de estar infectadas.³⁷
- Hasta 4,4 millones de millones de adolescentes entre 15 y 19 años buscan someterse a abortos, la mayoría de ellos inseguros.
- El 10% de los partos en el mundo son de madres adolescentes, que tienen tasas mucho más altas de muerte materna que las mujeres de mayor edad.
- Las tasas de abuso sexual oscilan entre el 7 y el 34% para niñas y el 3 y el 29% para niños.³⁸
- El matrimonio de adolescentes menores de 18 años en los países en desarrollo oscila entre el 23 y el 43%.
- Menos de la mitad de los jóvenes de los países en desarrollo pueden identificar correctamente dos formas de cómo evitar contraer el virus del VIH, y las mujeres jóvenes están normalmente menos informadas que los hombres de su edad.
- La tasa de uso de anticonceptivos modernos ha descendido entre los adolescentes respecto a las mujeres de más edad en casi todos los países en desarrollo.³⁹

37. *Estado de la población mundial 2005. "La promesa de la igualdad: equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio"* UNFPA 2005

38. *Vidas Jóvenes en riesgo*. Panos Informe n° 35, 1999

39. *La juventud mundial 2006*. Population Reference Bureau

Cuando hablamos de salud sexual y reproductiva debemos tener en cuenta además otros indicadores insuficientemente estudiados: el matrimonio entre y con menores, incluyendo la diferencia de edad entre los cónyuges; tasa de escolarización y alfabetización por sexo y edad; edad media del primer embarazo; edad media de la primera relación sexual coital, por sexo.

7.3. Metodología

7.3.1. Diagnóstico de la situación

La sexualidad supone una construcción social, cultural y colectiva, con pautas y condicionantes propios de cada contexto sociocultural que determinan las maneras de ser varón o mujer. Se sabe poco sobre la sexualidad sana de los jóvenes dentro de su ambiente cultural y sobre las formas en que los factores económicos, sociales y comunitarios afectan a la salud de las jóvenes y niñas. Es necesario aprender más sobre los valores, identidad y actitudes de ambos sexos, así como sobre los condicionantes sociales y culturales que puedan estar afectando a la salud sexual y reproductiva de la juventud en un contexto dado.

Para el diagnóstico de la situación es necesario, por tanto, entender primero que significados se atribuyen a la adolescencia y la juventud en un contexto sociocultural dado. La división familiar del trabajo por género y generación, los usos del tiempo, la definición de jerarquías y la asignación de roles dentro del grupo familiar por sexo y edad, la valoración cultural de la maternidad adolescente, tanto por la comunidad como por parte de las propias adolescentes y los valores asociados a la juventud son algunos de los indicadores que aportan datos sobre estos significados.

La intervención en SSR requiere de la realización de un análisis de género. Para ello, es importante la identificación de determinantes culturales asociados a la SSR y al género, tales como los roles y responsabilidades asociados a varones y mujeres, división del trabajo y distribución de recursos materiales y simbólicos, las normas culturales asociadas a la fertilidad, tales como asignar significados contaminantes a la sangre menstrual o la restricción de actividades a partir de la menarquia, los valores sociales asociados a la maternidad y los mitos culturales e imperativos de género asociados a la sexualidad de mujeres y varones, y más específicamente a los y las jóvenes. Es importante también tener informaciones sobre violencia de género y presión de los medios, pares...

Antes diseñar una actuación, debemos tener identificadas las necesidades de la gente joven dentro de la comunidad, en términos de salud emocional, social y sexual, y de bienestar.

1. Identificación de los determinantes de los factores de salud y de riesgo, tanto ambientales como relacionados con prácticas de riesgo, profundizando en aquellos que presentan peores indicadores de salud que presente el patrón femenino frente al masculino (por ej, el vínculo entre nivel de estudios y embarazo adolescente, o entre independencia social y económica y VIH).
2. Posibilidades de protección y acceso a recursos.
3. Posibilidades de prevención primaria, secundaria o terciaria.
4. Información sobre los servicios y programas sanitarios y sociales disponibles.
5. Información sobre el nivel de conocimiento de la juventud sobre SSR (transmisión y protección frente al VIH y otras ITS, conocimientos sobre sexualidad, mitos, grado de sensibilización frente al ejercicio de DDSSRR, conocimiento sobre métodos anti-conceptivos)

Para garantizar la consecución de los objetivos propuestos, en la fase de diagnóstico de la situación hay que identificar los posibles desafíos y oposiciones a la EIS, como puede ser reacciones de la comunidad o grupos de fe, y llevar a cabo, cuando sea posible, un trabajo previo de sensibilización e involucración de actores. Para ello, puede ser útil defender la promoción de la educación sexual en coordinación con agencias colaboradoras a nivel internacional, nacional y local.

Un punto crítico en el debate con los sectores conservadores suele ser el argumento del derecho de los padres al ejercicio de la patria potestad, lo que implica para los adolescentes la necesidad de autorización paterna para el acceso al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Esto evidencia la puesta en situación de riesgo de un grupo etéreo al que no se le permite hacer uso de su derecho a la ciudadanía. El trabajo de sensibilización y formación con madres y padres puede resultar una herramienta útil en este sentido.

1. Análisis de los significados culturales atribuidos a la juventud
2. Análisis de género
3. Mapeo de la situación en materia de SSR de los y las jóvenes
4. Identificación de necesidades en SSR y Educación Sexual
5. Identificación de posibles desafíos y oposiciones
6. Análisis de la legislación y normativa existente en materia de Educación Sexual

Para obtener informaciones veraces que nos permitan planificar la intervención con perspectiva de género, es necesario obtener los datos necesarios desagregados por sexo. Los indicadores útiles para el diagnóstico de la situación de la SSR de la juventud son:

- Edad del primer embarazo
- Porcentaje de matrimonios forzados
- Porcentaje de varones y mujeres escolarizadas por niveles: primaria, secundaria, terciaria o universitaria⁴⁰
- Edad de casamiento de las niñas
- Diferencia media de edad entre los cónyuges en el caso de matrimonios forzados de niñas
- Edad media de la primera relación sexual coital, por sexo⁴¹
- Tasa de fecundidad adolescente en relación con la de fecundidad general
- Tasa de fecundidad precoz (menos de 15 años)
- Tasas de ITS, incluyendo el VIH, por sexo y edad
- Tasas de embarazos no planificados
- Edad del padre en casos de embarazo adolescente⁴²

40. La educación esta íntimamente asociada a la fecundidad en las mujeres: a menor grado de educación, son madres más jóvenes y tienen mayor número de hijos, y también es más probable que hayan tenido una iniciación sexual forzada.

41. La probabilidad de haber sido víctima de una iniciación sexual forzada esta estrechamente relacionada con la edad en que ocurrió la primera relación sexual coital.

42. Una diferencia de edad muy elevada puede indicar la existencia de abusos

- Uso de métodos anticonceptivos, por sexo y edad
- Uso del preservativo, por sexo y edad
- Tasa de aborto
- Morbimortalidad, por sexo y edad
- Tasas de ocupación, por sexo y edad
- Tasa de fracaso escolar, por sexo y edad.

Para el análisis del nivel existente y la detección de necesidades en materia de Educación Sexual, se necesita identificar y evaluar la idoneidad de las respuestas nacionales y locales de los sectores sanitarios y educativos a las necesidades educativas y de salud sexual y reproductiva de la infancia y la juventud. Para ello, se puede evaluar la calidad y alcance de los programas de educación sexual ya existentes en aspectos como:

1. Número y tipo de actividades educativas ejecutadas/ planificadas
2. Cantidad y calidad de materiales educativos ejecutados
3. Disponibilidad de servicios de SSR específicos para jóvenes
4. Capacitación del personal docente y sanitario

7.3.2. Legislación y normativas

Para el diseño e implementación de programas de educación sexual y de SSR para jóvenes, es necesario conocer antes bien la legislación y acciones institucionales desarrolladas en materia de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Se necesita una base de información firme para

convencer a los políticos de la utilidad de la educación temprana e integral en sexualidad. Para ello, además de tener hecho el diagnóstico de la situación e identificadas las necesidades, es útil responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Existe algún plan de salud específico para jóvenes? ¿Se ha implementado?
- ¿Está regulada la Educación Sexual? ¿Se ha implementado?
- ¿Existen servicios de atención en SSR específicos para jóvenes?
- ¿Existe alguna legislación en materia de edad mínima para contraer matrimonio?
- ¿Existen restricciones legales en el acceso de la juventud a métodos de anticoncepción o aborto?

7.3.3. Diseño de intervenciones en Educación Integral en Sexualidad

La Educación para la Salud es un proceso participativo. Los y las formadoras deben contar con la confianza de la comunidad, y conocer las realidades y contextos sociales y culturales del entorno en el que se va a intervenir. La función de la cooperación externa es facilitar estos procesos y capacitar formadores/as locales.

Educación Integral en Sexualidad: educar para la ciudadanía

El concepto de Educación Integral en Sexualidad (EIS) incluye en su definición de la salud sexual el ejercicio de los derechos. Las metodologías tradicionales en Educación Sexual presentan un enfoque basado en los aspectos biológicos y reproductivos de la sexualidad, y se orientaban a la prevención de los riesgos asociados a la sexualidad, como la prevención del embarazo no plani-

ficado o las Infecciones de Transmisión Sexual⁴³ (ITS). Frente a esta concepción de la Educación Sexual, la Educación Integral en Sexualidad propone un enfoque más holístico y centrado en el desarrollo emocional y social de las personas. Constituye una visión integral y precursora de un desarrollo biopsicosocial y sexual que implique el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR). Para ello, la EIS plantea que la información por sí misma no es suficiente; para ser eficaz, la Educación Sexual debe adaptarse a la edad, la etapa de desarrollo y tener en cuenta los factores culturales y contextuales del grupo objetivo, e incluir la perspectiva de género.

En efecto, durante la adolescencia se definen factores como la identidad sexual y se fijan los estereotipos tradicionales asignados a los géneros, que tendrán una importancia decisiva en la iniciación sexual de los y las adolescentes.

La Coeducación es un proceso intencionado de intervención que parte de la realidad de la existencias de dos género diferenciados para potenciar un desarrollo común y no enfrentado. Para ello:

- Integra valores positivos asignados a los dos géneros.
- Elimina la jerarquización tanto en personas como en saberes.
- Utiliza un lenguaje y materiales didácticos no sexistas.
- Distribuye equitativamente los recursos educativos del centro entre los alumnos y alumnas.
- Incluye la variable de género como factor para evaluar la calidad de la educación.

43. Preferimos hablar de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en vez de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) para incluir el VIH.

Junto con los imperativos de género que marca cada cultura, los condicionantes culturales, socioeconómicos, históricos y familiares influyen decisivamente en los comportamientos de la adolescencia. Así, existen importantes diferencias entre adolescentes pertenecientes a medios rurales o urbanos, a familias estructuradas o no, o según la pertenencia a uno u otro estrato socioeconómico. Es importante tener en cuenta también las situaciones de emergencia (desplazamientos forzosos, guerras, catástrofes naturales...) que exponen a la infancia y la juventud a importantes riesgos de sufrir coerción, abusos, explotación y violencia sexual.

Cimentar la intervención

El diseño de un programa en EIS debe contar con la participación de la comunidad donde se va a actuar. Para ello, una herramienta útil es formar un grupo de trabajo en EIS con representantes juveniles y profesionales de diversas formaciones (educadores, sanitarios...). Este grupo puede actuar de promotor y ayudar a la identificación de necesidades y al desarrollo de políticas y programas, así como capacitar y apoyar a los actores clave y compartir la responsabilidad de la implementación del programa.

Es importante trabajar en una declaración de postura institucional que incluya una definición de la EIS y de lo que se pretende lograr.

La declaración de postura institucional o del grupo de intervención es un documento breve que supone una carta de presentación y una declaración de intenciones. Ayuda a consensuar el posicionamiento político y a identificar las líneas estratégicas de actuación. Un posible guión para esta documento es el siguiente:

1. Presentación de la institución, entidad o grupo de intervención



2. Justificación de la necesidad de la intervención o análisis de la situación
3. Posicionamiento institucional
4. Propuesta de actuación

La participación comunitaria debe garantizar que el grupo objetivo de la intervención este representado, que exista representación de mujeres y varones, y que se involucren en todas las fases del desarrollo del programa. Para ello, hay que contar con una idea clara de a quienes está dirigida la intervención, y asegurar que sea apropiada para su edad y etapa de desarrollo. Se deben también incluir mecanismos para tener en cuenta a la población más vulnerable.⁴⁴

Para la identificación de necesidades y oportunidades en EIS, los siguientes indicadores pueden ser útiles:

- a. las informaciones que manejan sobre sus cuerpos (anatomía y fisiología), la sexualidad, la anticoncepción y el embarazo
- b. el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que respondan a sus expectativas y necesidades
- c. su capacidad de vivir una sexualidad libre y saludable, sin riesgos, sin coerción y sin violencia
- d. sus vivencias en relación a la violencia (física o emocional), su acceso a mecanismos de apoyo y sus habilidades para hacer uso de ellos

44. En particular cabe mencionar las necesidades especiales de los jóvenes con discapacidades, los migrantes jóvenes y los jóvenes indígenas.

- e. el contexto en el que viven: las oportunidades de educación, empleo, recreación y participación social y/o política que tienen; y las actitudes de los adultos que les rodean
- f. identificación de las principales fuentes de información, consejo y tratamiento sobre sexualidad (proveedores extraoficiales de información y consejos, de productos o servicios)
- g. análisis de la eficacia, calidad (incluida la capacitación de los profesionales) y adaptación a las necesidades de los jóvenes de los proveedores oficiales

El diseño de un programa de EIS, debe que incluir necesariamente contenidos y declaraciones relativos a la vinculación entre VIH y SSR, garantizar que el programa contempla la perspectiva de género, partir de las sensibilidades culturales que existan, e incluir la prevención y tratamiento de la violencia de género.

Para la defensa de los DDSSRR, se debe garantizar que el programa promueva el derecho a decidir y el consentimiento informado, y asegurar que no se promueva la abstinencia como única estrategia de prevención.

Una herramienta que se ha revelado muy útil en los programas de EIS es la educación entre iguales o de pares. En necesario tener en cuenta su capacitación y necesidades de apoyo, incluyendo herramientas para impartir EIS y apoyo financiero.

Es fundamental que los programas de EIS, además de proveer de información sobre recursos y servicios disponibles, hayan establecido un sistema eficaz de referencias a los servicios de salud y asesoría en SSR, para asegurar que el grupo objetivo tenga un fácil acceso a los recursos y servicios que pueda necesitar.⁴⁵

45. Para el diseño de servicios amigables en SSR para jóvenes, consultar el capítulo de Planificación familiar de esta misma guía, "Atención a grupos diversos: Jóvenes"

Por último, en todo programa educativo es fundamental contar con materiales adecuados. Para ello, hay que asegurar que los materiales y recursos disponibles son apropiados a las necesidades identificadas del grupo objetivo, y que son integrales y apoyan el desarrollo de aptitudes y actitudes, en lugar de simplemente proveer información. Los materiales deben ser relevantes y estar actualizados.

Por tanto, como base para implementar un programa eficaz de EIS:

Requisitos previos	Actuaciones	Estrategias	Recursos
Identificación de necesidades (derivado del diagnóstico de la situación)	Creación de grupo de trabajo	Vincular SSR con VIH	Contar con los materiales adecuados
Identificación del grupo objetivo	Declaración de postura institucional	Perspectiva de género	
Identificación de actores esenciales	Capacitación de pares u otros actores clave (personal sanitario...)	Partir de las sensibilidades culturales	
Asegurar la participación del grupo objetivo	Creación de un sistema de referencia o derivación	Incluir la prevención y tratamiento de la violencia de género y sexual	
Identificación y participación de la población más vulnerable		Perspectiva de derechos	

Intervenir

La Educación Integral en Sexualidad *“busca promover un modelo de educación en sexualidad que considere las diferentes dinámicas de poder que están interrelacionadas y que influyen en las decisiones sexuales y los resultantes impactos emocionales, mentales, físicos y sociales en*

el desarrollo de cada persona. Este enfoque incluye un énfasis en la expresión sexual, la realización sexual y el placer. Esto representa un alejamiento de las metodologías que se enfocan exclusivamente en los aspectos reproductivos de la sexualidad en adolescentes” ⁴⁶

Para que un programa de Educación Sexual sea eficaz debe de ayudar a la juventud a:

- Adquirir información correcta sobre derechos sexuales y reproductivos, sexualidad y reproducción, y sobre recursos y servicios existentes.
- Desarrollar habilidades sociales que les permitan tomar sus propias decisiones.
- Alimentar actitudes y valores positivos hacia su propia sexualidad y la de los demás.

Para alcanzar los objetivos, todo programa de Educación Integral en Sexualidad debe contemplar siete contenidos esenciales:

46. Marco de la IPPF para la Educación Integral en Sexualidad, equipo de juventud de la IPPF (2006)

Genero	SSR	Ciudadanía sexual	Placer	Violencia	Diversidad	Relaciones
Roles y atributos; distribución de tareas y responsabilidades dentro de la familia y a lo largo del ciclo vital; indicadores de desigualdad de género; mitos y estereotipos	Prevención de ITS/VIH; anatomía y sexualidad; opciones e información sobre embarazo; uso de MAC y preservativos; recursos disponibles	Derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos; Políticas, leyes y estructuras nacionales; Conocimiento del contexto cultural; acceso a recursos; respeto a la diversidad	Coerción sexual; sexualidad centrada en el coito; concepto de sexualidad integral; biología y emociones en la respuesta sexual; género y placer; masturbación; primera experiencia sexual	Tipos de violencia; manifestaciones de violencia sexual; condicionantes de género; derechos y leyes; recursos disponibles; prevención; defensa personal; normas comunitarias de poder, género y edad	Reconocimiento de la diversidad humana (cultura, origen, etnia, estatus socio-económico, personas con necesidades especiales, discriminación por vih, orientación e identidad sexual...)	Amor, deseo y relaciones; tipos de relaciones; amor romántico; derechos y responsabilidades; dinámicas de poder; reconocimiento de relaciones desiguales y/o coercitivas; igualdad de género.

La Educación Integral en Sexualidad contempla un marco amplio de actuación: además de formar parte de currículos escolares, debe planear actuaciones desde otros ámbitos, como son lugares de ocio, medios de comunicación, eventos culturales, o incorporándola a rituales tradicionales, así como desde los servicios de salud. En este sentido la OMS recomienda:

“La provisión de una educación sexual basada en los derechos y completa en los centros escolares (empezando por la escuela primaria allí donde los niños abandonan pronto la escolarización, y con mayor intensidad entre los 10 y los 14 años), así como en los programas de alfabetización, formación profesional y lúdicos para adolescentes de ambos sexos que

*no están escolarizados, es una prioridad fundamental en el programa mundial para la salud sexual y reproductiva y para la prevención del sida*⁴⁷

Entre los actores clave para la provisión de una educación integral en sexualidad estarían: el personal docente de los centros escolares y otros educadores, los y las proveedoras de servicios de salud, los educadores pares y las madres y los padres. Es necesario, por lo tanto, contemplar la capacitación de quienes vayan a impartir la EIS, y contar con herramientas de supervisión y apoyo continuos, y acceso a recursos y materiales.

Cualquiera de los actores antes mencionados, debe de contar con las siguientes capacitaciones:

1. Información y capacitación adecuada.
2. Buen conocimiento del grupo objetivo
3. Ser alguien en quien el grupo objetivo pueda confiar y sentirse cómoda.
4. Tener capacidad para propiciar el desarrollo de actitudes y habilidades sociales
5. Tener formación en género
6. Ser accesible y no tener prejuicios

47. *Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios* Foro mundial para la Investigación sobre salud y Organización Mundial de la Salud, 2007

Contenidos esenciales	Marco de actuación	Actores clave
Género	Servicios de salud	Proveedores de servicios de salud
SSR	Educación Formal	Personal docente
Ciudadanía Sexual	Lugares de ocio	Pares
Placer	Medios de comunicación	Madres y padres
Violencia	Eventos culturales	Otros educadores
Diversidad	Sistemas de difusión (web y teléfonos de información...)	
Relaciones		

Evaluar

El diseño de un programa de EIS debe contemplar mecanismos de evaluación de la efectividad del programa y de valoración del aprendizaje. Estos mecanismos deben ser implementados a lo largo de todo el ciclo del programa, y no solo al final del mismo, y deben servir para reconducir el programa o diseñar futuras actuaciones.

Entre los mecanismos de valoración del aprendizaje, se pueden utilizar variedad de métodos, como dramatizaciones, diseño de materiales de o actividades de sensibilización por parte del alumnado, cuestionarios, grupos de discusión, debates etc... Esto nos permitirá identificar las necesidades individuales de las y los jóvenes, proporcionales la oportunidad de reflexionar sobre lo que han aprendido, reconducir el programa para obtener una mejor adecuación a los objetivos, e implicar al grupo objetivo en el desarrollo del programa.

No debemos olvidar llevar a cabo una evaluación continua de la calidad del servicio de los servicios de referencia en asesoría y SSR a los que derivemos.

Para que se pueda realizar la evaluación de resultados, los objetivos incluidos en el diseño del programa deben ser:

- Específicos: que sean precisos en cuanto a lo que se va a lograr (ej: mejorar la accesibilidad a los servicios disponibles)
- Cuantificables: precisar la *cantidad* a la que hace referencia el objetivo (ej: cuanto incrementamos el acceso y cuales mejoras en el acceso)
- Viables: adecuados a las posibilidades, y no a lo que idealmente sería deseable.
- Dotados de recursos: adecuados a los recursos disponibles.
- Delimitados en el tiempo: con un periodo de tiempo definido para lograr el objetivo.
- Contar con indicadores objetivos de medición.

7.3.4. Criterios de calidad

En los programas dirigidos a las y los jóvenes, habría que incluir criterios que evalúen si las actividades fomentan:

- Actuaciones para valorar y favorecer una sexualidad satisfactoria para las chicas y los chicos.
- La responsabilidad tanto de los chicos como de las chicas en el uso de métodos anticonceptivos.
- Medidas específicas de captación de chicos y chicas adolescentes a las actividades que ofrece el programa.

- Actividades de educación para la salud donde se trabaje y fomente:
 - La autonomía y la capacidad de decisión de las adolescentes
 - Su autoestima y una imagen corporal positiva.
 - Las responsabilidades y obligaciones domésticas de chicos y chicas de forma igualitaria.
 - El desarrollo profesional y laboral de las jóvenes como beneficio para la prevención del embarazo.
 - La no discriminación por razón de orientación o identidad sexual.

7.4. Epílogo: el derecho a la protección de los y las menores

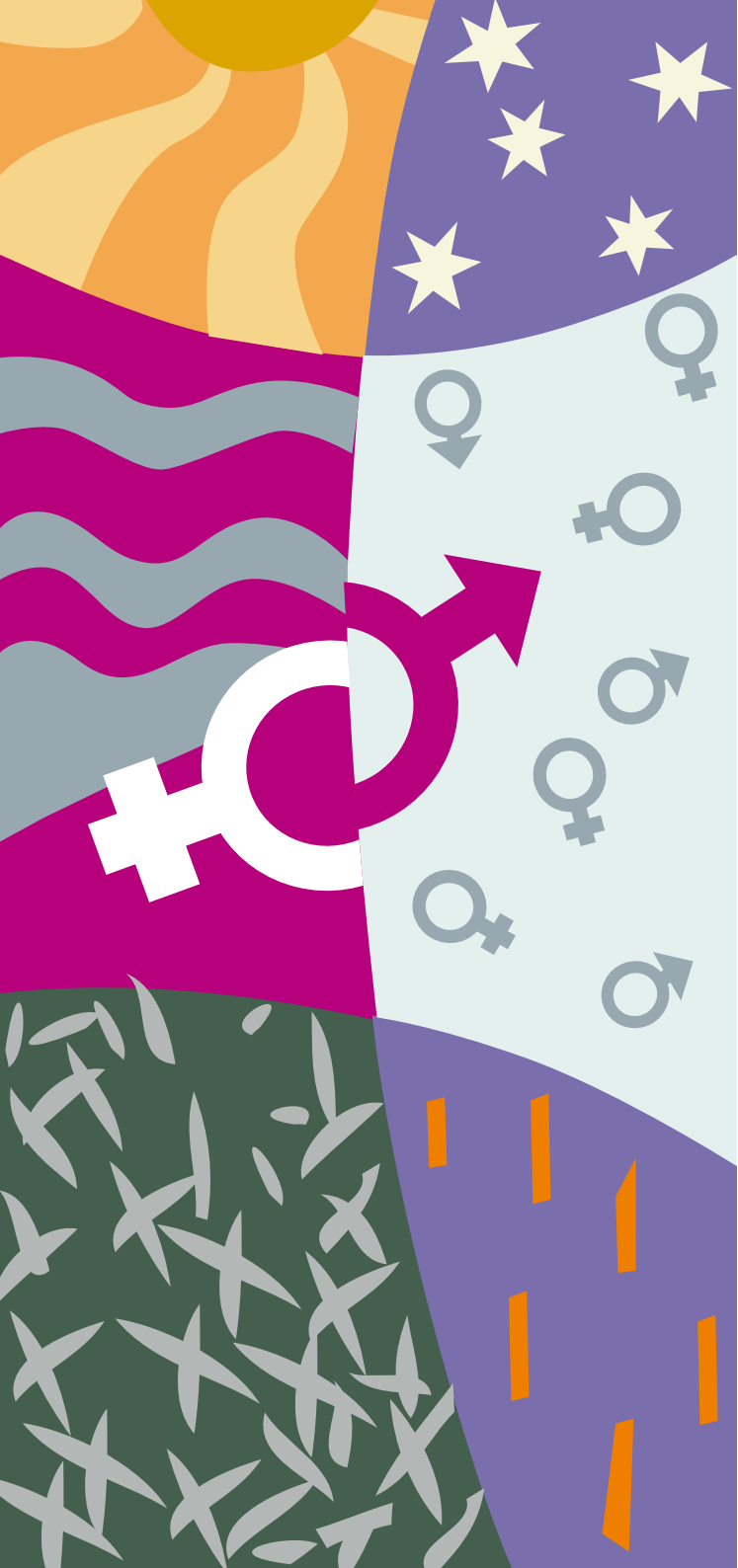
Por último, cuando se interviene con menores no hay que olvidar que el reconocimiento de los y las menores como sujetos de derecho apunta al reconocimiento de las y los menores como agentes activos de sus propias vidas, y al derecho a ser respetados como ciudadanos, como personas, y como titulares de derechos con una autonomía creciente. Pero los y las menores también tienen derecho a la protección dependiendo de su grado de vulnerabilidad, tal y como se recoge en el artículo 5 de la Convención de los Derechos del Niño. La EIS, como todo programa educativo o de capacitación, debe enfatizar aquellas acciones que permitan romper el circuito de reproducción de pobreza y marginalidad.

La infancia y la adolescencia carecen de representación como categoría social, y por tanto tienen dificultades en el ejercicio de sus derechos, los que los convierte en grupos fácilmente abusables y explotables. La violación de sus derechos no es jerárquica, no obedece a rangos de vulnerabilidad (género, edad, situación social), sino que el simple hecho de ser menor, expone al riesgo de sufrir situaciones de vulneración de sus derechos.

A diferencia de muchos otros delitos, las infracciones de los derechos sexuales suelen tener su origen en las desigualdades sexistas que subyace a las relaciones interpersonales y en la estructura jerárquica de las familias, castas o clanes donde los miembros de mayor edad y más poderosos controlan el cuerpo y la vida sexual de jóvenes de ambos sexos. El incesto, el comercio sexual infantil, la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado (o la negación del permiso para casarse), las amenazas físicas o psíquicas, y la humillación sexual se justifican mediante los principios de la autoridad tradicional, el honor de la familia o el derecho personal adquirido. Fuera de la familia, el uso de la coacción sexual por parte de los hombres contra las niñas o los niños pequeños, y por parte de los niños contra las niñas u otros niños, se justifica en ocasiones mediante las ideologías de masculinidad o las afirmaciones de que la víctima “se merecía lo que ha pasado”.

“Se necesitan esfuerzos continuos para hacer visibles las infracciones invisibles de los derechos sexuales en diferentes entornos, y sobre todo en poblaciones infraestudiadas, como los niños y adolescentes menores. Más importante aun es identificar métodos innovadores para transformar estos estudios en acciones de intervención innovadoras para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos”⁴⁸.

48. *Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios* Foro mundial para la Investigación sobre salud y Organización Mundial de la Salud, 2007



ITS/VIH

8 ITS/VIH

8.1. Conceptos generales

Hablar de infecciones de transmisión sexual⁴⁹ supone referirse al conjunto de infecciones producidas por diversos agentes patógenos cuya vía de transmisión principal es el contacto sexual. Las principales ITS se agrupan en:

- ◇ Bacterianas: *Neisseria Gonorrea*, *Chlamydia tracomatis*, *Treponema Pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Klebsiella*, *Ureaplasma urealyticum*
- ◇ Virales: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Herpes simples virus tipos 1 y 2, Papilomavirus humano, virus de la Hepatitis B, Cytomegalovirus, *Molluscum contagiosum*
- ◇ Protozoarias: *Trichomonas vaginalis*
- ◇ Fúngicas: *Candida albicans*
- ◇ Parasitarias: *Sarcoptes scabiei*, *pithirus pubis*

Cada año, se producen más de 340 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual en el mundo. No sólo tiene consecuencias importantes en salud para las personas que las padecen sino también para los recién nacidos de madres con infección.

49. La infección por VIH se incluye como una infección de transmisión sexual, y en este sentido solo se especificarán aquellos elementos propios del VIH en cuanto puedan producirse su transmisión por contacto con sangre y/o por transmisión vertical o madre-hijo.

La prevalencia del VIH es variable en las regiones de mundo, y también entre regiones de un mismo país y entre segmentos de la población. Ya se ha comentado previamente sobre las regiones más afectadas por la pandemia de VIH/sida que nos muestren que coexisten países con epidemias concentradas, otros con epidemias de bajo nivel y otros países hiperendémicos atendiendo a su prevalencia entre la población. África subsahariana es la región del mundo más afectada actualmente por el VIH y el sida, con devastadoras consecuencias sobre las personas, las familias, las comunidades y los países en términos de salud, derechos y desarrollo.

La pandemia afecta cada vez más a las mujeres, por su doble vulnerabilidad tanto fisiológica como social, habiéndose documentado en numerosas ocasiones. Por esta razón, las mujeres deben ser un colectivo prioritario en todo programa de salud sexual y reproductiva y muy especialmente en los países en desarrollo donde no disfrutaban de acceso a servicios de salud en condiciones de equidad e igualdad.

8.2. Vinculación ITS / VIH y derechos

Sin duda el primero de los derechos relacionados con la adquisición de infecciones de transmisión sexual y el VIH es el derecho a la salud y a la atención a los problemas de salud.

Uno de los derechos por los que se debe velar especialmente cuando se trabaja con ITS incluido el VIH, es el relativo a vivir libre de discriminación y maltrato. Está ya documentada la discriminación existente para con las personas que viven con VIH, y sin duda los y las activistas de la lucha contra esta infección y particularmente los colectivos y asociaciones de personas viviendo con VIH han sido claves para la incorporación en las agendas de salud y de lucha contra la pandemia del elemento de lucha contra la discriminación. Aunque ya han

pasado más de 25 años desde el primer caso de infección por VIH, el estigma asociado a esta infección no se ha superado.

Se puede hablar del círculo existente entre la violencia contra la mujer y el VIH, donde las situaciones de violencia generan mayor vulnerabilidad al VIH y donde el hecho de tener la infección genera situaciones de violencia contra la mujer.

Aunque muchos países disponen ya de legislación específica para la lucha contra el VIH y el sida que incluyen actuaciones relativas al estigma y la discriminación, no es tan evidente que en la cotidianidad de las personas que viven con la infección no se produzcan situaciones de discriminación, lo que significa una violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

El caso del estigma y la discriminación de las mujeres que viven con VIH es el paradigma de la conculcación de los derechos humanos, cuando se ven sometidas al rechazo, la expulsión de sus hogares, y la negación de oportunidades vitales. Estas situaciones, se han documentado ampliamente en la literatura. Son felizmente objeto de interés cada vez mayor para los y las activistas de los derechos humanos, y también con mayor frecuencia se asiste a la inclusión de actividades de lucha contra la discriminación en los programas de salud.

Otro de los derechos directamente relacionados con las ITS y el VIH es el relativo a los beneficios del progreso científico, y muy especialmente en lo relativo al acceso a los tratamientos antimicrobianos y antirretrovirales. Aunque se está avanzando en la provisión de estos tratamientos, todavía se está lejos de cubrir la totalidad de necesidades existentes, pero además de esto, hay que considerar que no todos los antirretrovirales disponibles en los países en desarrollo son los mejores, si se tienen en cuenta los efectos secundarios que normalmente provocan.

8.3. Metodología

8.3.1. Diagnóstico de la situación

Los mecanismos de transmisión del virus son conocidos desde hace años. El predominio de uno u otro mecanismo de transmisión, marca las epidemias en los diferentes contextos geográficos y en consecuencia, las prioridades de acción para su control.

La mayor parte de las nuevas infecciones por VIH en el mundo se producen como consecuencia de la transmisión por contacto sexual, siendo las relaciones heterosexuales, las que en los últimos años han aportado mayor número de nuevas infecciones, con diferencia sobre el resto de las vías.

Los esfuerzos de la comunidad internacional en prevención de la infección por VIH han sido y continúan siendo muy importantes, habiendo demostrado niveles de efectividad contrastados. Más recientemente, se han sumado a estas iniciativas internacionales, otras encaminadas a asegurar el acceso al tratamiento antirretroviral, que sin duda han tenido impacto en la transmisión del virus, -muy particularmente en la transmisión perinatal de madre a hijo-, así como estrategias específicamente dirigidas a subsectores de población especialmente expuestos al VIH.

El VIH no sobrevive fácilmente en el medio ambiente y no se puede reproducir fuera del huésped vivo. El virus se transmite por tres vías principales:

- Contacto Sexual
- Transmisión perinatal de las madres a sus hijos/as.
- Exposición a sangre:
 - Exposición accidental
 - Exposición por uso de drogas inyectables

La mayoría de las nuevas infecciones por VIH en el mundo se producen por contacto sexual, en particular por contacto heterosexual. Esto se ha traducido en un incremento en el número de mujeres afectadas, que en la actualidad se sitúa en torno al 50% y superando esta proporción en Africa Subsahariana.

La probabilidad de adquirir o transmitir la infección por VIH se relaciona con su prevalencia en la población.

Obstáculos para la prevención y análisis del contexto

Diariamente, se infectan con el VIH casi 7.500 personas y mueren 5.500 de sida, debido principalmente a la falta de servicios y de tratamiento. Pese a estas dramáticas cifras, algunos hechos alentadores muestran pequeños logros en la batalla contra el sida:

- Mejoras en los programas de prevención: la prevalencia del VIH en mujeres de 15 a 24 años refleja con precisión lo que ha ocurrido en general con la epidemia, ya que es probable que en este grupo etáreo las infecciones sean recién adquiridas y la mortalidad y el tratamiento antirretroviral tenga menos influencia en los datos. El uso de preservativos entre los hombres que tienen más de una pareja es también un indicador de éxito, así como la proporción de hombres y mujeres de 15 a 24 años que iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años
- Ampliación de los servicios de tratamiento antirretroviral: la necesidad de tratamiento sigue siendo muy superior a la disponibilidad de medicamentos. Hacia finales de 2007, de los 9,7 millones de personas que necesitaban tratamiento para el sida en los países en desarrollo, solo 3 millones lo recibían, pero superior a lo que ocurría hace 5 años.

- Existencia de un paquete mínimo de servicios para niños y niñas afectados por el sida, que incluye educación, atención sanitaria, bienestar y protección social. Esta cobertura sigue siendo baja, incluso en los países con alta prevalencia de VIH

En general, los gobiernos combaten el sida más enérgicamente que antes. Existe mayor coordinación entre los países y la mayoría disponen de un plan nacional contra el sida, aunque la puesta en práctica de los mismos sigue siendo desigual e insuficiente. Los programas de prevención conllevan una serie de servicios encaminados a prevenir la transmisión por vía sexual, la transmisión vertical, y la transmisión por contacto con sangre. Para la prevención, estos programas incluyen las siguientes acciones:

- Acceso amplio a servicios de prevención: asesoramiento y detección, prevención en los centros educativos y suministro de preservativos entre las personas sexualmente activas.
- Tratamiento de otras ITS.
- Programas para reducir la estigmatización y la discriminación asociadas al VIH.
- Provisión de inyecciones y transfusiones de sangre seguras, y prevención de la infección entre el personal sanitario.
- Prevención de la transmisión vertical.
- Programas para reducir la transmisión en UDI.

Estos servicios solo han logrado llegar a una pequeña parte de la población, y su alcance es claramente insuficiente en el caso de jóvenes y otros grupos de población:

- Menos del 50% de los jóvenes encuestados en 18 países estaban correctamente informados sobre la transmisión y prevención del VIH. En estudios encargados de

investigar la comprensión de los jóvenes acerca de las cuestiones relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), se llegó a la conclusión que si bien ambos sexos estaban muy mal informados, el nivel de desconocimiento era particularmente elevado entre las niñas de 15 a 19 años de edad.

- El abastecimiento mundial de preservativos por el sector público solo cubre menos de la mitad de las necesidades actuales, y se requiere triplicar la inversión en este sentido.
- Cada año, más de 340 millones de personas contraen una ITS curable, siendo las mujeres el grupo más vulnerable. A pesar de que el riesgo de transmisión de VIH aumente considerablemente por el hecho de padecer estas ITS, el diagnóstico y tratamiento de dichas infecciones y de VIH carecen de coordinación suficiente.
- El estigma y la discriminación asociados al VIH sigue impidiendo a amplios sectores de la población el acceso a tratamiento y detección precoz de la infección.
- La observancia de prácticas formales de control de infecciones en las unidades de cuidados sanitarios sigue siendo insuficiente.
- En la prevención de la transmisión vertical, aún son muchos los países del mundo donde las medidas de prevención necesarias previas al embarazo, durante la gestación y en el parto y después del parto, no son suficientemente accesibles para todas las mujeres que la requieren. No obstante, los avances realizados han sido muy importantes y se estima en torno al 30% las mujeres que la reciben.
- La transmisión por el uso de drogas inyectables ha ido disminuyendo, particularmente en aquellos países industrializados donde la epidemia en sus inicios contaron con un número importante de infecciones por este mecanismo de transmisión –caso de España ó Países Bajos–, mientras que en otras regiones del mundo aún persiste

como una vía importante y/o se está observando un repunte –Federación Rusa y otras Repúblicas de la región–.

Aunque las estrategias de control y prevención resultan rentables, existen indicios preocupantes de que algunos países están viendo reducidos los presupuestos destinados a la prevención del VIH.

La lucha contra el VIH requiere además del suministro de tratamientos antirretrovirales. Aunque el número de personas que tiene acceso a tratamiento antirretroviral se ha multiplicado por 5 entre el 2001 y el 2005, sigue siendo claramente insuficiente, ya que, a nivel mundial, solo llega a una de cada cinco personas que lo necesita.⁵⁰

La expansión del suministro de tratamiento se ve dificultada por el coste del mismo o por la lejanía de los centros que lo suministran. Además, no se han abordado suficientemente las necesidades de ciertos grupos de población vulnerables, como los profesionales del sexo, los hombres que tienen sexo con hombres, los consumidores de drogas por vía intravenosa, los presos y los refugiados.

El progreso hacia un acceso universal al tratamiento requiere esfuerzos en los siguientes ámbitos:

- Aumentar el uso de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH, de manera que puedan diagnosticarse más casos

50. El tratamiento antirretroviral influye en la infectividad del virus y el posterior riesgo de transmisión por contacto sexual, aunque conviene recordar que se ha aislado DNA proviral en células seminales y secreciones vaginales de personas con infección, que implica que el efecto de la terapia es parcial y no convierte a un individuo con infección en no infeccioso completamente. Esto es especialmente importante desde la perspectiva preventiva.

- Reducir la estigmatización y discriminación hacia las personas que viven con VIH o que presuntamente están en riesgo de contraerlo.
- Formar un mayor número de personal sanitario y hacer un mejor uso de los recursos humanos existentes
- Evitar la escasez de medicamentos
- Integrar los cuidados relacionados con el VIH con otros servicios sanitarios como el de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis o de SR.

Muchos países destinan sus programas de prevención al público en general, en lugar de centrarse en los grupos de población más vulnerables, lo que daría mejores resultados y tendría más posibilidades de influir sobre la epidemia. Se debe hacer más hincapié en la prevención del abandono escolar infantil y ofrecer servicios de prevención a los consumidores de drogas por vía intravenosa, profesionales del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y víctimas de guerra y desastres.

Una estrategia preventiva que se ha estado implementando en muchas partes del mundo, conocida como ABC y consistente en: Abstinencia de relaciones sexuales con penetración (también usado para indicar el retraso en el inicio sexual), fidelidad (reducir el número de parejas o tener relaciones sexuales solo con una pareja) y condón (uso de preservativo femenino o masculino consistente y correctamente) ha sido criticada por el hecho de haber sido impuesta en muchas ocasiones por parte de los donantes internacionales de financiación, por haber sido utilizada para la introducción de códigos morales y por no haber documentado suficientemente los resultados de los distintos componentes que contiene a efectos de la prevención. Esta estrategia deja de lado factores de importancia crítica que deben enfrentar miles de personas, especialmente mujeres. Así, éstas no siempre pueden insistir en que su pareja sea fiel o use el preservativo, o muchas mujeres y jóvenes de ambos sexos que se ven

obligadas a vender servicios sexuales no siempre están en condiciones de negociar relaciones seguras. Tampoco para las mujeres víctimas de coerciones y violencia sexual esta estrategia es posible, y el consejo de retrasar el inicio de las relaciones sexuales hasta el matrimonio para los y las jóvenes, además de tener la posible consecuencia perversa de adelantar la edad de matrimonio, se basa en la falsa premisa de que el matrimonio es un factor de protección frente a ITS/VIH.

Los países y el reconocimiento de los derechos humanos

El cumplimiento del derecho para todos los grupos humanos de población a acceder a servicios de prevención y tratamiento y del derecho a no ser discriminado para las personas seropositivas y las comunidades más vulnerables exige a los países que adopten una serie de legislaciones y normativas encaminadas a garantizarlos. Para el diagnóstico, debemos dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Existe legislación, normativas y políticas en materia de derechos humanos?
- ¿Existen leyes y normativas para proteger de la discriminación a las personas seropositivas? ¿Están dotadas de presupuesto? ¿Se aplican?
- ¿Existen legislaciones y normativas que merman la accesibilidad y efectividad de las medidas preventivas y la atención⁵¹?

51. Por ejemplo: ilegalización de las relaciones sexuales consensuadas entre varones, prohibición de acceso a preservativos y jeringuillas para los presos y presas, ausencia de servicios de prevención y tratamiento para los no residentes, o mantenimiento de normas que impiden la confidencialidad de las mujeres con sus esposos o los menores con sus progenitores...

Instrumentos para el análisis y cálculo de estimaciones en VIH

Frecuentemente en países en desarrollo nos encontramos con estudios parciales para la estimación de la prevalencia del VIH. Estos pueden ser basados en datos procedentes de encuestas –sean en población general, sean en colectivos con prácticas de riesgo– o en datos procedentes de los servicios de atención prenatal, como es el caso de las estimaciones de mujeres embarazadas que necesitan tratamiento antirretroviral. Las recomendaciones actuales proponen que los sistemas de información sanitaria incluyan información epidemiológica relativa a la infección por VIH y sida y que además de sitios centinela de provisión de esta información, se vaya extendiendo. OMS/ONUSIDA proponen tres instrumentos principales –software- para generar estimaciones del VIH: Estimation and Projection Package (EPP), Workbook y Spectrum.

Los datos utilizados provienen de la vigilancia centinela, encuestas nacionales de prevalencia y estudios específicos. Las premisas y supuestos para el análisis y cálculo de las estimaciones, se actualizan en función de la investigación y la evidencia científica.

Actualmente existe consenso en la necesidad de armonizar y vincular los datos de prevalencia de VIH y datos de comportamiento frente a la infección. Las mejoras en los procesos y calidad de la información de la vigilancia epidemiológica han permitido la ejecución de estudios más precisos, contribuyendo así a una mejor comprensión de la epidemia y entre las que destacan la ampliación del número de centros de vigilancia centinela, la realización de encuestas nacionales de prevalencia representativas y los reajustes para países sin información suficiente y con epidemias de naturaleza similar.

UNAIDS/WHO recomienda los siguientes instrumentos y métodos para obtener estimaciones nacionales en HIV y sida:

- En países con epidemia generalizada: los sistemas deberían concentrarse en monitorizar la infección por VIH y las conductas de alto riesgo en la población general, incluyendo además ciertas conductas de riesgo como el trabajo sexual.
- En países con epidemias concentradas o de bajo nivel: los sistemas de vigilancia monitorean la infección y las conductas en grupos con prácticas de riesgo y prestando especial atención a los comportamientos entre las personas que integran dichos grupos y la población general.
- En epidemias de bajo nivel: los sistemas de vigilancia deben focalizarse en los comportamientos e infección por VIH de alto riesgo, buscando los cambios de comportamiento que pueden conducir a un incremento en las tasas de infección.

Indicadores:

Los que presentamos en la tabla siguiente fueron definidos tras la Sesión Especial en Sida de la Asamblea General de Naciones Unidas en Sida (UNGASS) para la aplicación de la Declaración de Compromiso en VIH/sida⁵².

52. Otros Indicadores para monitorizar el progreso son: disponibilidad y calidad de preservativos, consejo asistido voluntario y detección de VIH, transmisión vertical, prevención de infecciones de transmisión sexual y atención prestada, transmisión nosocomial, comportamiento sexual y actitudes.

Indicadores nacionales

1. Gasto interno e internacional relacionado con el sida por categorías y fuentes de financiamiento
2. Índice Compuesto de Política Nacional (áreas cubiertas género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación prevención, atención, derechos humanos, participación de la sociedad civil y vigilancia y evaluación)

Programas nacionales (seguridad hematológica, cobertura de la terapia antirretrovirica, prevención de la transmisión maternoinfantil, tratamiento conjunto de la tuberculosis y VIH, pruebas del VIH, programas de prevención, servicios para huérfanos y niños vulnerables y educación)

3. Porcentaje de unidades de donación de sangre analizadas sistemáticamente para la detección del VIH de una manera con garantía de la calidad
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por e' VIH en etapa avanzada que reciben terapia antirretrovirica
5. Porcentaje de embarazadas 'A H-positivas que recibieron medicamentos antirretroviricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil
6. Porcentaje de casos nuevos estimados de tuberculosis en VIH-positivos que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH
7. Porcentaje de mujeres hombres de 15 49 años que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen sus resultados
8. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados
9. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que logran atender los programas de prevención del VIH
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil
11. Porcentaje de escuelas que impartieron enseñanza sobre el VIH basada en las aptitudes para la sida durante el último año académico

Conocimiento y comportamiento

12. Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad'
13. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenirla transmisión sexual del VIH y que rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH

14. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH
15. Porcentaje de mujeres varones de 15 a 24 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años
16. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja
17. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declaran haber utilizado un preservativo en la última relación sexual
18. Porcentaje de profesionales del sexo de ambos sexos que comunican haber usado preservativo con su cliente más reciente
19. Porcentaje de varones que señalan haber usado un preservativo en su última relación sexual anual con una pareja masculina
20. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que informan haber usado preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales
21. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que informan haber utilizado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron

Impacto

22. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que están infectados por el VIH
23. Porcentaje de las poblaciones más expuestas que están infectadas por el VIH
24. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que siguen con el tratamiento antirretrovirico 12 meses después de haberlo comenzado
25. Porcentaje de lactantes que nacieron con el VIH de madres infectadas

Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Adaptado de Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida. ONUSIDA 2008

8.3.2. Estrategias de prevención

“Los programas de prevención no alcanzarán su eficacia máxima a menos que estén respaldados por iniciativas eficaces que traten los factores sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad, como la desigualdad entre sexos, la discriminación y el estigma relacionados con el VIH, y la marginación social de las poblaciones más expuestas al VIH.”(UNAIDS 2008)

En general y como objetivo común, las estrategias de prevención se dirigen a evitar las nuevas infecciones por ITS/VIH, ya sea desde población conocedora ó no de su infección.

Es difícil generalizar los resultados de las estrategias de prevención dada la diversidad epidémica y la amplitud y diferencias entre contextos geográficos, de modo que medios de prevención muy accesibles en unas partes del mundo no lo son en otras. Del mismo modo, estrategias exitosas en unas regiones no los son en otras. Se ha demostrado mayor eficacia cuando se combinan estrategias basadas en las necesidades específicas de las personas en riesgo. Así:

En epidemias de bajo nivel y concentradas, el interés prioritario de la prevención son las poblaciones más expuestas prestando especial atención a la existencia de barreras legislativas que limitan el acceso de las personas expuestas a los servicios y métodos preventivos.

- En epidemias generalizadas las intervenciones más efectivas tendrán una amplia base poblacional.
- En países hiperendémicos⁵³: las estrategias de prevención deben abordar las prácticas sociales que contribuyen a los comportamientos sexuales de riesgo combinadas con intervenciones específicas para el sexo seguro.

53. Aquellos con prevalencia de infección VIH en población general superior al 15%.

Recientemente se ha introducido el término de Prevención Altamente Efectiva que combina 4 ámbitos principales: prevención biomédica, cambio en los comportamientos, tratamiento antirretroviral y de las ITS y, justicia social e incorporación de los derechos humanos.

Las intervenciones prioritarias desde los sectores nacionales de salud que propone la OMS (2008):

1. Intervenciones basadas en las estructuras de salud: Incluyen prevención de la transmisión en los servicios de salud, prevenir la transmisión sexual, manejar correcta y adecuadamente las ITS, prevenir la transmisión madre-hijo, reducción de daños entre IDU, diagnóstico y consejo asistido, prevención de la transmisión a través de personas viviendo con VIH, prevenir la progresión de VIH a sida y manejo clínico y tratamiento de las personas viviendo con el VIH.
2. Intervenciones basadas en las comunidades: Incluyen prevención comunitaria, preparación para el tratamiento y apoyo en coinfección HIV-TB, promoción del uso del preservativo, provisión de jeringas y agujas estériles, detección y consejo asistido, cuidados domiciliarios y apoyo psicológico.
3. Intervenciones basadas en servicios fuera de las estructuras de salud y dirigidas a las poblaciones viviendo en situación de mayor riesgo
4. Intervenciones de las administraciones: Medidas nacionales para apoyar la prestación de servicios incluyen liderazgo, incidencia política, planificación estratégica, gestión de los suministros médicos, laboratorios, recursos humanos, financiación y sistemas de información estratégica en VIH e ITS.

A. Prevención de la transmisión por contacto sexual

Identificar -sin olvidar la prevención dirigida a la población general-:

- población expuesta a mayor riesgo y aquella en la que se diagnostica mayoritariamente las nuevas infecciones por ITS/ VIH
- tipo de contacto sexual más prevalente: heterosexual o de HSH.

Para población general, las intervenciones más frecuentemente realizadas son: Campañas informativas –que incluyen información sobre la transmisión, medidas preventivas y los espacios donde estos medios están accesibles y promoción del sexo seguro–, Campañas educativas que supone un grado superior de intensidad y diferenciadas de las anteriores en el nivel de profundización en la información y en la dotación de habilidades e instrumentos para la prevención.

El acceso a **diagnóstico precoz** es básico para la prevención. Debe acompañarse de las 3 “C”: Confidencialidad, Consejo Asistido y Consentimiento Informado. Es importante diferenciar según se hable de búsqueda individual de las personas del servicio médico para conocer su estado serológico o bien sea el profesional quien recomiende la realización del test. En años recientes, se ha avanzado mucho en la disponibilidad de test rápidos para la detección de VIH y que facilitan enormemente la tarea del diagnóstico precoz. Este sin duda, se convierte en un elemento clave en la prevención de nuevas infecciones.

Para la prevención con la población más expuesta por contacto sexual destacan los y las trabajadoras sexuales. No puede obviarse el análisis social, económico y cultural del comercio sexual a la hora de plantear las intervenciones preventivas. La población diana en este caso serán las y los trabajadores, pero sin olvidar a sus clientes. Algunas intervenciones que han demostrado niveles de eficacia son:

- fomento del uso del preservativo masculino y más recientemente el femenino como instrumento manejado por las mujeres que en muchas ocasiones enfrentan dificultades para la negociación del uso del preservativo masculino
- diagnóstico precoz de las ITS y VIH
- acceso a tratamiento de ITS y de VIH
- campañas y normas contra la discriminación y el estigma social
- incremento en el acceso a los servicios normalizados de salud

Como ya se ha dicho la vulnerabilidad al VIH merece un análisis especial en cada contexto donde se desarrolle el programa, ya que permite una mejor identificación de la población diana de las actuaciones en prevención y atención al VIH, sida y otras ITS. Entre los factores que influyen en la vulnerabilidad -actuando solos o combinados-, destacan:

- falta de conocimientos y actitudes requeridas para protegerse a sí mismo y a los demás;
- factores relativos a la calidad y la cobertura de los servicios y
- factores sociales como violaciones a los derechos humanos o normas sociales y culturales. Estas normas habitualmente incluyen prácticas, creencias y leyes que estigmatizan y restan poder, limitan la capacidad para acceder o usar los servicios y bienes de prevención, tratamiento, atención y apoyo.

Los y las jóvenes conforman un segmento de la población especialmente vulnerable. De entre las 5.800 nuevas infecciones estimadas en 2007 en población mayor de 15 años, un 40% se diagnosticaron en jóvenes entre 15 y 24 años.

La segunda década de la vida es un periodo de experimentación y riesgo, y entre los numerosos factores que incrementan la vulnerabilidad al VIH en esos años de rápido desarrollo físico y psicosocial, además de los ya mencionados se encuentran: la falta de educación y de herramientas para la vida, inicio sexual temprano, matrimonio precoz, abuso sexual y violencia, tráfico sexual y adolescencia sin padres o red familiar u otras formas de protección frente a la explotación sexual y abuso. Las niñas y adolescentes que normalmente en las regiones más afectadas del mundo se encuentran en situación de desigualdad de género, de oportunidades de ingresos, de acceso a educación y salud, son además vulnerables por el impacto de estos factores añadidos.

Las estrategias preventivas:

- Mejorar los conocimientos sobre el VIH: ampliar y abordar conocimientos incorrectos e inexactos. Ejemplos: campañas informativas, campañas educativas cuyo exponente más exitoso ha sido la “educación de pares”.
- Fomentar el sexo seguro y aumentar el uso de preservativos con su amplia distribución y provisión.
- Mejorar el acceso al diagnóstico de infección para conocer la situación individual frente al VIH para controlar la generación de nuevas infecciones.
- Mejorar el acceso a servicios de salud. Ejemplo: “servicios amigables” de salud cuya población diana son las y los jóvenes.
- Promover cambios en el comportamiento sexual buscando la disminución de la exposición al riesgo. Se puede observar la disminución en la percepción del riesgo de infección como consecuencia –entre otros- de los buenos resultados obtenidos con los tratamientos anti-retrovirales actuales y la relajación en las campañas de prevención específicas (aunque esto sea más evidente en los países desarrollados).

B. Prevención de la transmisión por contacto con sangre

B.1: En el medio sanitario

La principal y más efectiva medida preventiva consiste en detectar la infección en cada donación, asegurándose que toda la sangre y productos sanguíneos utilizados en las estructuras y servicios de salud están libres del virus.

Para prevenir la infección entre el personal sanitario:

- Procedimientos claros, efectivos y conocidos por todo el personal para la manipulación de material médico en limpieza, desinfección, esterilización y desecho.
- Diagnóstico para los pacientes fuente de la exposición
- Tratamiento profiláctico post-exposición
- Protocolos amplios claros y conocidos por todo el personal de profilaxis y seguimiento a realizar.

B.2. Prevención en Usuarios de Drogas Inyectables

- Campañas informativas y educativas a usuarios/as de drogas inyectables sobre el riesgo de transmisión asociado a las prácticas de intercambio de material de inyección.
- Campañas de reducción de daños: provisión de material de inyección estéril (también a cambio de material usado), administración de metadona tanto en puntos de la red pública como en puntos de compra-venta de drogas con equipos móviles y, acceso a diagnóstico.
- Diagnóstico precoz de VIH, ITS y Tuberculosis, prevalentes en este colectivo.
- Tratamiento de las patologías infecciosas incluido el VIH.

La colaboración interinstitucional se ha demostrado clave en el abordaje preventivo en este grupo de población. No se deben olvidar las instituciones penitenciarias como un espacio donde este mecanismo sigue siendo frecuente y tener en cuenta la superposición de mecanismos de transmisión: usuarios de drogas inyectables y contacto sexual.

B.3. Prevención de transmisión vertical

El objetivo: minimizar y eliminar la transmisión de las madres a sus hijos. Se observa en dos momentos en la vida reproductiva de la mujer: previo a su embarazo y durante la gestación, parto y lactancia

El elemento básico es el conocimiento del estado serológico de la madre o futura madre con respecto al VIH. Durante la gestación y el parto de toda mujer con infección por VIH, la prevención reside en la administración de terapia antirretroviral para evitar la transmisión al feto y recién nacido. Implica el seguimiento y control inmunoviroológico de la madre durante la gestación, realizar cesárea electiva y realizar el diagnóstico de infección VIH al recién nacido, el seguimiento durante al menos los primeros 18 meses de vida y la administración de anti-rretrovirales en caso de indicación.

Con respecto a la lactancia materna, la recomendación es no proveerla y realizar lactancia artificial. No obstante, la realidad de los países más afectados por la pandemia en los que la alimentación infantil ya es un problema muy importante de salud individual y colectiva, se requiere de valoración muy cuidadosa sobre esta recomendación.

8.3.3. Elementos de atención

Una atención integral incluye la prevención y el tratamiento. Al hablar de la prevención es imperativo hablar de prevención primaria, aquella que se realiza con personas sanas y que se encamina a promocionar la salud y prevenir la infección, y de prevención secundaria, aquella que se realiza con personas que padecen la infección y que se dirige a mejorar su calidad de vida -entre otras cosas- evitando la progresión de la enfermedad. Mención especial merece este tipo de prevención en el caso del VIH y conocida como prevención positiva que se realiza con personas con la infección VIH y cuyo objetivo es controlar la expansión de la pandemia.

Dado que la transmisión de este grupo de infecciones se produce por vía sexual, la inclusión de las parejas sexuales en las actividades de prevención y asistencia es fundamental.

Componentes:

Servicio de ITS integrado en las consultas de atención primaria y atención en salud reproductiva. Se buscará la introducción de elementos y actividades de prevención y tratamiento en las consultas de atención primaria. Se trata de una actuación coste-efectiva y es particularmente útil para las y los usuarios de los servicios de primer nivel. No obstante, en algunos casos encontraremos servicios especializados en ITS –particularmente en VIH- donde son derivados los y las pacientes.

Este primer contacto de las personas con el servicio de salud se convierte en una oportunidad excelente para realizar actividades de prevención de las ITS y promoción del sexo seguro. Aunque esta demanda de información no se explicita por parte de la persona que acude al servicio, en el marco de educación para la salud que impregna los servicios de atención prima-

ria se incorpora la información y educación encaminada a que los y las usuarias conozcan las vías de transmisión de las ITS, sepan cuales son los métodos disponibles para su prevención y puedan acceder a ellos, y se fomente la capacidad para utilizar estos métodos preventivos.

De particular importancia en el caso de las mujeres, hay que ser consciente que el hecho de tener una relación de pareja estable, no protege frente a la infección en contra de lo que se pensaba hace unos años. Establecer una relación médico-paciente de confianza que permita explorar las conductas de riesgo permite identificarlas y promover el cambio de comportamiento.

Para llevar a cabo una adecuada atención a las ITS desde los servicios de primer nivel, además es importante que los y las profesionales de salud conozcan cual es el tipo de epidemia de VIH que se produce en su ambito geográfico, ya sea una epidemia generalizada con amplia extensión entre la población general, ya sea una epidemia concentrada en colectivos con conductas de riesgo. Este conocimiento facilita una adecuada identificación de las prácticas de riesgo.

Se impone el uso de la metodología de consejo asistido para la identificación de prácticas de riesgo, así como el respeto escrupuloso del derecho a la confidencialidad y la privacidad de la información de salud, y el abordaje desde una actitud de respeto a las decisiones de la persona sin emisión de juicios de valor subjetivos sobre la situación que se está analizando.

Consejo Asistido (“counselling”): encaminado a aclarar con la persona los riesgos que se han asumido y a facilitar su comprensión por parte de ésta, a informar y aconsejar sobre la importancia de realizar el diagnóstico de infección de ITS y especialmente de VIH, valorando en cada caso las opciones posibles de resultado y sus efectos inmediatos. Se contribuye así a preparar física y emocionalmente a la persona para enfrentar el resultado del diagnóstico

y a minimizar la vivencia del miedo frente a un resultado positivo. Se debe animar a conocer dicho resultado –en numerosas ocasiones se realiza el diagnóstico pero no se recogen los resultados- y reforzar los aspectos positivos que para su salud y su vida tiene el hecho de conocer el resultado.

El consejo asistido pre-diagnóstico se diferencia del consejo asistido post-resultado, siendo ambos igualmente necesarios.

En el consejo asistido post-diagnóstico el elemento clave es la protección futura frente al conjunto de ITS con independencia del resultado del diagnóstico, promoviendo una actitud pro-activa para la propia protección y para las parejas con las que mantenga relaciones sexuales.

En el caso de un resultado positivo, abordar el estigma y la discriminación es clave para reforzar las capacidades de manejo de la persona de su infección. Se revelan cruciales en este punto las organizaciones de personas que viven con VIH que a través de su trabajo generan escenarios de autoconfianza difícilmente alcanzable desde un servicio de salud.

Sin duda, trabajar en positivo el estigma y la discriminación frente al VIH y otras ITS desde un servicio de salud presupone haberlo trabajado previamente entre los y las profesionales sanitarios: comprensión del problema, interiorización de las consecuencias y efectos de un diagnóstico de infección por VIH en las relaciones sociales de la persona con infección, análisis de las mejores herramientas que deben ponerse al servicio de esta persona y poniendo en marcha mecanismos de control y lucha contra el estigma y la discriminación dentro de los propios servicios de salud.

Diagnóstico: Disponer de un servicio de laboratorio que permita el diagnóstico de las ITS acorde al nivel resolutivo en el que nos encontremos.

Hemos de ser conscientes que este servicio no está siempre disponible y esta realidad no puede ocasionar falta de acción por parte de los y las profesionales sanitarios. En el caso del VIH un servicio ágil de diagnóstico rápido de VIH, permite la detección precoz de la infección y así, actuar en consecuencia. Actualmente se dispone en el mercado de test de diagnóstico rápido tanto para VIH como para ciertas ITS que no requieren una estructura compleja de laboratorio y que permiten agilizar enormemente el diagnóstico y consecuente tratamiento.

Provisión de preservativos masculinos y femeninos, así como información sobre su uso correcto: el uso correcto de condones se asocia con una reducción en la transmisión del VIH, con reducción en la transmisión de infecciones uretrales en los hombres y con una reducción en la adquisición de infecciones genitales con Herpes simples tipo 2, sífilis e infección por Chlamydia (en hombres y mujeres), y reducción en la adquisición de infección gonocócica y posiblemente infección por Tricomonas (en mujeres)

Vacunas: Las únicas vacunas actualmente autorizadas para uso en el control de ITS son: vacuna contra la hepatitis B y vacuna contra el Papiloma Virus. Si bien es cierto que no siempre la vacuna contra la hepatitis B está incluida en el calendario nacional de inmunización y que la vacuna contra el papiloma virus sólo está disponible efectivamente en los países desarrollados.

Promoción de sexo seguro: trabajando sobre las conductas de riesgo, no sólo con población general, sino también con los colectivos de población donde estas conductas son más prevalentes. Como se ha venido comentando en este texto, es indispensable considerar la perspectiva de género cuando se aborda la promoción del sexo seguro, ya que las mujeres no siempre disponen de herramientas para protegerse a sí misma de relaciones sexuales de riesgo. Esta actividad que debe encontrarse integrada en los servicios de salud sexual y reproductiva, también puede desarrollarse “extramuros” de la estructura sanitaria a través de trabajo y ac-

tuaciones con la comunidad en general y con asociaciones, grupos de mujeres, asociaciones juveniles, escuelas... en particular.

Las actuaciones en promoción de sexo seguro deben dirigirse además de sensibilizar e informar sobre cuales son las conductas de riesgo, cómo evitarlas y distribuir métodos preventivos, también a la promoción de búsqueda de asistencia médica tras una conducta de riesgo.

Tratamientos farmacológicos adecuados: incluye el conjunto de fármacos para el tratamiento de las diferentes infecciones, además de tratamiento antirretroviral para el VIH. Una aproximación sindrómica a la patología infecciosa de transmisión sexual se ha demostrado útil en determinados contextos y situaciones en las que los diagnósticos de certeza de los patógenos causantes de las infecciones no son posibles. El conjunto de medicamentos útiles en estas situaciones están incluidos en la relación de medicamentos esenciales de la OMS.

En el caso del VIH, y según la situación inmunoviológica de la persona con esta infección se recomienda el tratamiento con antirretrovirales. En ocasiones, son centros de referencia o especializados los que se encuentran en condiciones de proveer y realizar el seguimiento oportuno de este tratamiento.

Es de sobre conocida la necesidad existente en tratamientos antirretrovirales para tratar la infección por VIH de la totalidad de personas que lo necesitan. Pese a los esfuerzos internacionales en este sentido, y que felizmente están dando frutos en términos de cobertura, aún son muchos los contextos y situaciones en los que ante una necesidad de tratamiento éste aún no está disponible, o sin la garantía de continuidad y seguimiento suficiente.

8.3.4. Planificación

Aunque lo ideal en un programa de ITS es abordar el continuum prevención-atención, debemos ser conscientes que esto no siempre es posible, ya sea por el campo de especialización de cada entidad u organización, sea por la elección de la estrategia del programa,...

El ámbito de trabajo identificado condiciona el tipo de actuación a llevar a cabo. De este modo, no se contemplan las mismas actividades si se trabaja a nivel comunitario, a nivel de atención primaria de salud, a nivel hospitalario de mayor nivel resolutivo o a nivel de administración sanitaria.

El trabajo con la administración sanitaria ha de dirigirse fundamentalmente a:

- Promover la legislación en materia de VIH y otras ITS basada en los derechos y con perspectiva de género.
- Sensibilizar sobre la vinculación y fomentar la integración del programa de lucha contra el VIH y otras ITS como un componente de los programas de salud reproductiva basado en derechos
- Generar espacios de participación activa de la sociedad civil y de construcción de liderazgo en la lucha contra el VIH
- Asegurar el suministro adecuado y continuo de insumos y medicamentos para la prevención y tratamiento del VIH, el sida y otras ITS
- Asegurar el óptimo nivel de prevención y atención al VIH, sida y otras ITS en la red de servicios de salud públicos
- Promocionar la inclusión de la lucha contra el estigma y la discriminación frente al VIH y sida en el programa nacional y en todas las actividades y actuaciones en este campo, y en caso necesario legislando al respecto.

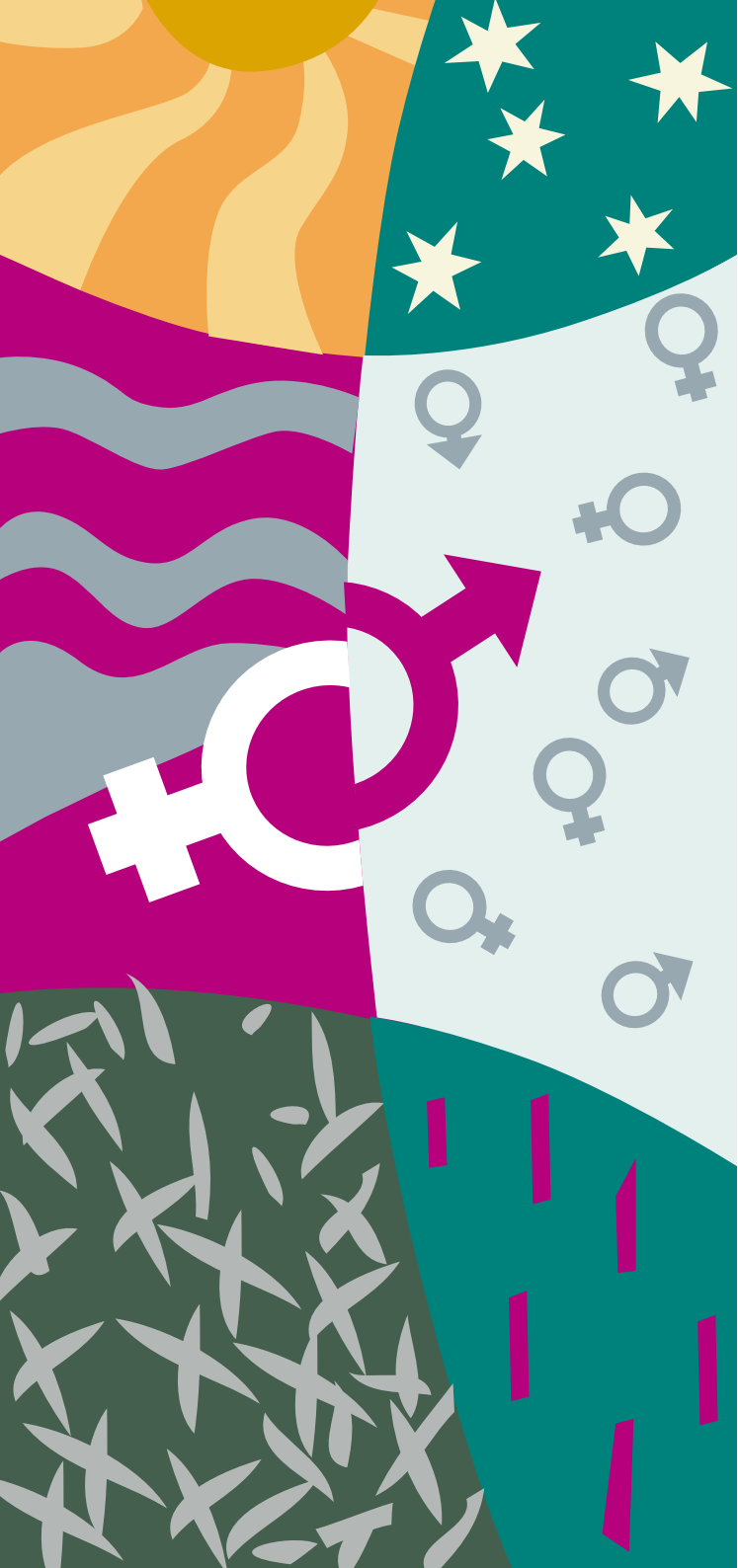
- Participar en los procesos de rendición de cuentas sobre la distribución de recursos destinados a la lucha contra el VIH e ITS, asegurando la inclusión de la prevención y la atención a los colectivos más vulnerables.
- Mantener un sistema de información sanitaria adecuado para la valoración de las tendencias de la epidemia de VIH e ITS que permita la toma de decisiones informadas.
- Asegurar la visibilización de los colectivos más vulnerables y su atención en condiciones de igualdad y equidad sin estigma y discriminación.
- Capacitar a los recursos humanos implicados en la lucha contra el VIH y otras ITS sobre los aspectos médicos, culturales y sociales a tener en cuenta en la prevención y la atención de las personas con infección.
- Asegurar que las personas bajo tutela de la administración del estado, particularmente la población reclusa, dispone de prevención y atención integral frente al VIH y otras ITS.
- Asegurar el intercambio de información y conocimientos sobre actuaciones y programas exitosos en la lucha contra el VIH y otras ITS, propiciando -tras su evaluación- la extensión a otros ámbitos geográficos
- Poner a disposición de la población servicios de denuncia eficaces de violación de derechos en relación al estigma y discriminación
- Proteger y asegurar la atención a los niños y niñas huérfanos del sida
- Un programa de lucha contra el VIH y otras ITS basado en derechos que se desarrolle a nivel comunitario, además de adecuarse al contexto en el que nos encontremos debe incluir:

- Informar verazmente y basándose en la evidencia científica sobre el VIH y otras ITS, sus mecanismos de transmisión y métodos de prevención a la comunidad y especialmente a las personas más vulnerables: mujeres, jóvenes y adolescentes,....
- Crear redes de apoyo a las personas que viven con VIH en el ámbito social y comunitario, con la participación activa de las redes sociales y organizaciones de la sociedad civil
- Generar espacios de coordinación y análisis para la toma de decisiones desde los servicios de protección social (salud, educación,..) que afectan a las personas con infección
- Asegurar la ausencia de estigma y discriminación contra las personas con infección en el seno de la comunidad y la familia
- Brindar servicios de apoyo para las personas que viven con VIH y sus familias
- Propiciar el óptimo nivel de prevención y atención de la población frente al VIH, sida y otras ITS
- Generar espacios de vigilancia y observatorio del cumplimiento de los derechos de las personas que viven con VIH, apoyando las denuncias en caso necesario.
- Proteger a los niños y niñas huérfanos del sida

Un programa que contemple la atención a las personas con infección VIH desde el sector de salud incluirá:

- Garantizar el acceso equitativo de las personas con infección a los servicios de atención integral de dicha infección, entendiendo por atención integral la prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo.

- Asegurar el correcto manejo de la infección VIH, sida y otras ITS por parte de los y las profesionales de la salud, incluyendo el apoyo psicológico necesario
- Garantizar la atención integral de la infección VIH y otras ITS sin estigma y discriminación
- Disponer de insumos médicos y medicamentos necesarios para la prevención y atención de las personas con infección de modo continuo. Se pueden agregar en:
 - prevención: materiales informativos y educativos, preservativos masculinos y femeninos
 - diagnóstico: test diagnósticos según el nivel resolutivo, incluidos los test rápidos que no requieren de muestra sanguínea
 - tratamiento: medicamentos antirretrovirales eficaces para el tratamiento de las personas con infección y de las personas con sida, incluidas las mujeres embarazadas y los niños y niñas, insumos necesarios para el control inmunoviroológico de las personas con infección, medicamentos e insumos para el tratamiento de las infecciones oportunistas,
 - profilaxis post-exposición: tanto ocupacional (para el personal de salud) como accidental
- Garantizar el correcto desarrollo de la prevención de VIH y otras ITS desde las estructuras de salud
- Asegurar el manejo correcto de la transmisión vertical del VIH: tratamiento a la mujer embarazada, prevención y seguimiento del recién nacido, cesárea electiva y lactancia artificial.



Calidad de atención

9. Calidad de atención

En la práctica, adecuar las actuaciones a las actividades expuestas sobre el papel no siempre es fácil. conocer los criterios y condiciones que convierten un servicio en un servicio de calidad nos permite evaluar la ejecución de los programas SSR en cooperación internacional. Además de los expuestos a lo largo de la guía, existen criterios de calidad generales que se deben conocer y aplicar para garantizar la calidad de la atención:

Accesibilidad: que incluya la geográfica, la económica, la cultural y también la temporal, entendiendo por esta última la accesibilidad horaria adecuada a las necesidades de la cotidianidad y horarios de la población beneficiaria de la intervención.

Convertir un servicio en accesible significa que se debe considerar la ratio estructuras salud/población en términos de cobertura, el coste de bolsillo para las usuarias que además del coste de medicamentos, insumos y pago por el servicio debe incluir el coste de transporte y alojamiento en casos de derivación fuera de su domicilio, y la existencia de códigos culturales que influyen en el acceso a los servicios de salud y evitando así situaciones de discriminación.

Disponibilidad: que se traduce en claridad de la información sobre los servicios disponibles, horarios, campañas específicas... hacia la población y en garantía de aprovisionamiento y suministro continuo de medicamentos e insumos médicos. La información sobre los días de atención, los servicios que se brindan y la garantía de que la persona que acude en búsqueda de atención

Confianza: Un servicio de salud es confiable en la medida en que la población responde favorablemente a la atención que se le brinda, es decir es confiable. En la medida en que la persona usuaria confía tanto en los resultados en términos de salud de la atención que le brinda el profesional, como en la actitud que éste tiene durante la relación médico (profesional)-paciente (usuario), el servicio es susceptible de ser recomendado entre el entorno de dicho usuario. Esto en términos prácticos, se conoce como el “boca a boca”. El éxito del servicio está por tanto condicionado por la confianza que tenga la población en éste.

Culturalmente aceptables: los contextos en los que actuaremos son diversos y el entorno cultural en el que hemos de movernos también. Conocer los códigos culturales de la comunidad con la que trabajamos, nos permite adecuar los servicios de manera que las y los usuarios no se sientan “diferentes” o “susceptibles de rechazo” cuando se dirigen al servicio de salud. Un ejemplo claro es la posición y el lugar de la mujer durante el parto.

Promoción de la autonomía en la decisión: un servicio de calidad basado en los derechos no puede existir sin promocionar la autonomía. Esto se traduce en términos prácticos en la provisión de la información veraz y suficiente sobre los derechos que le asisten como persona y favorecer una decisión responsable informada y autónoma, sin valorar subjetivamente la naturaleza de tal decisión.

Integración de los servicios: La calidad en esta materia pasa por evitar los “compartimentos estancos” dentro de una estructura de salud. No parece razonable que el conjunto de actividades que aunadas redundan en una mejora de la salud, se aborden de modo individualizado perdiendo así oportunidades de integración y de la visión holística necesaria que sustenta la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. A modo de ejemplo una consulta por complicaciones de un aborto sin que se informe u ofrezcan a la mujer métodos de planificación familiar modernos y eficaces.

Criterios de confidencialidad, respeto y privacidad: los profesionales deben respetar la confidencialidad del acto médico y de la información privada a la que tienen acceso. No es permisible por tanto, que estos criterios, que constituyen derechos, sean vulnerados bajo ninguna circunstancia. Un ejemplo se encuentra en no respetar la confidencialidad ante un diagnóstico positivo de infección por VIH o una consulta post aborto, que pueden poner en riesgo la seguridad de las mujeres. El hecho de que la usuaria sea menor de edad no justifica que no se respeten los criterios de confidencialidad. Tampoco otorga calidad emitir juicios de valor subjetivos o imponer criterios propios sin tener en cuenta las opiniones de las usuarias.

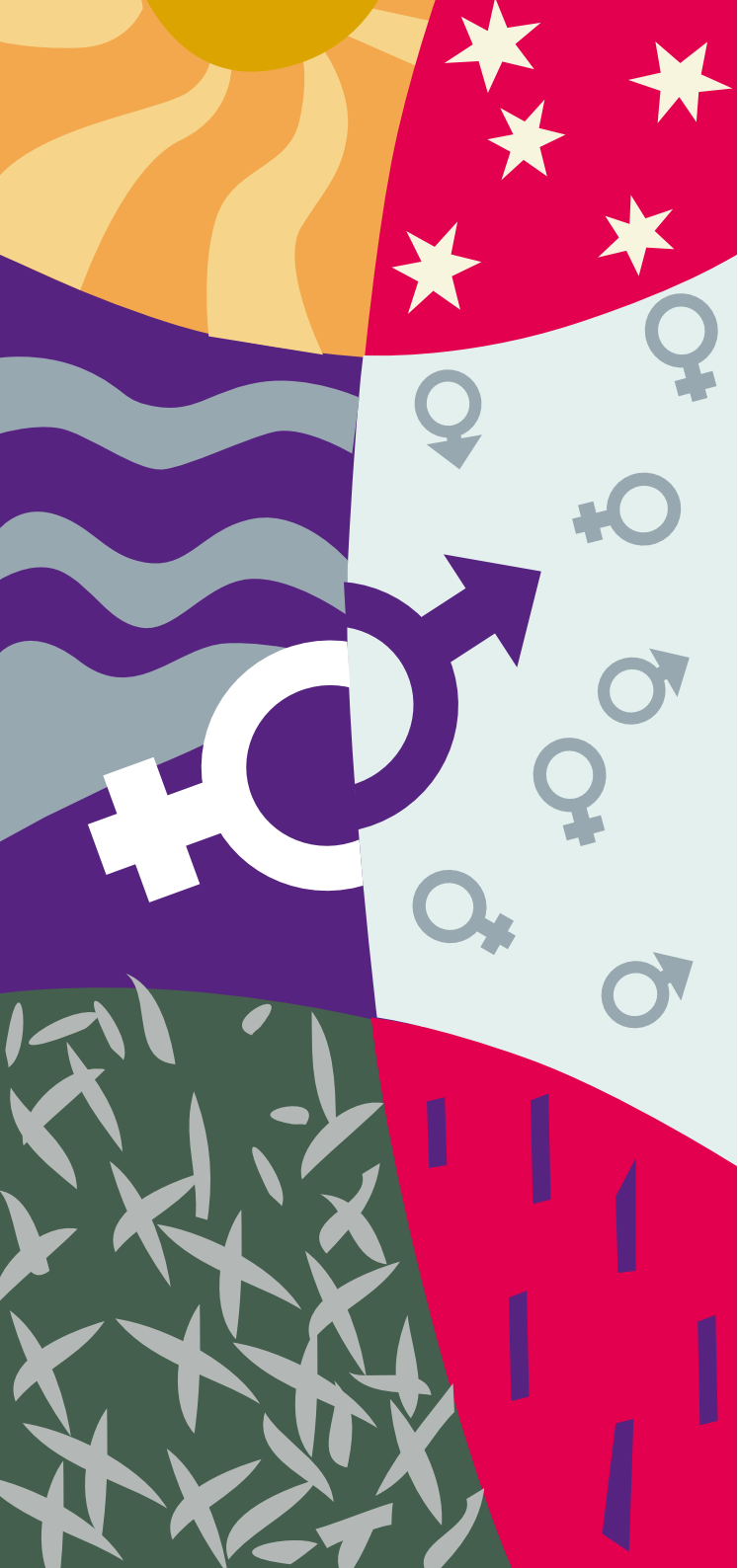
Equidad de género: Las desigualdades e inequidades de género son causa de una mala SSR. Un servicio de calidad ha debido contemplar en su diseño las inequidades existentes en la comunidad con la que trabajamos y responder a las necesidades específicas de las mujeres potencialmente usuarias de dicho servicio en términos de los recursos que se destinan. Parece razonable destinar mayor volumen de recursos a la atención integral del VIH dada la dimensión de la pandemia, pero no lo es tanto no tener en cuenta su feminización.

Satisfacción: un servicio de calidad siempre genera satisfacción en las usuarias. Esta satisfacción responde a criterios subjetivos de quien usa el servicio y a criterios objetivos de quien lo provee. Se debe tener en cuenta la satisfacción subjetiva a la hora de valorar la calidad del servicio, sin olvidar que quien lo provee esta en una situación ventajosa frente a quien lo usa.

Calidad médica: Es obvio que toda usuaria de servicio de salud espera recibir la mejor calidad médica posible. Esto solo es posible si el personal de salud esta suficientemente cualificado para la tarea que desarrolla y si el lugar en el que se brinda la atención reúne las condiciones y los estándares medicos. Se trata de buscar el mejor nivel de excelencia posible en la atención médica que se brinda.

Para todos estos criterios existen indicadores que nos permiten monitorizar, hacer el seguimiento periódico y evaluar cómo está funcionando el servicio de salud. Solo con una evaluación continua del servicio dispondremos de información suficiente y relevante para mejorarlo.

Remitimos a quien lea este texto a consultar documentos y textos especializados en indicadores de salud, que exceden el objeto de esta guía.



Anexos

Anexo 1

Organización Mundial de la Salud

Los **derechos sexuales** abrazan derechos humanos que ya se reconocen en las leyes nacionales, en documentos internacionales sobre los derechos humanos y otros documentos de consenso. Éstos incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia a:

- alcanzar los niveles más altos de salud disponibles en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de cuidado de salud sexual y reproductivo;
- buscar, recibir y compartir información en relación con sexualidad;
- educación sexual;
- el respeto a la integridad física;
- la elección de pareja/a;
- decidir ser sexualmente activo o no;
- relaciones sexuales consensuadas;
- matrimonio consensuado;
- decidir si o no, y cuando tener niños; y
- lograr una vida sexual satisfactoria y placentera.

El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todas las personas respeten los derechos de otros.

Declaración de los derechos sexuales de la AMS (WAS)

1. **El derecho para libertad sexual.** La libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos para expresar su potencial sexual. Sin embargo, este excluye todas las formas de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier momento y situaciones de la vida.
2. **El derecho para autonomía sexual, integridad sexual, y seguridad del cuerpo sexual.** Este derecho supone la habilidad para tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno mismo dentro del contexto ético personal y social propio. Abarca también el control y disfrute de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier clase.
3. **El derecho de privacidad sexual.** Este supone el derecho a decisiones y comportamientos individuales sobre la intimidad mientras no impidan el ejercicio de los derechos sexuales de otros.
4. **El derecho de igualdad sexual.** Este se refiere a estar libre de toda forma de discriminación en base a sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o incapacidad física o emocional.
5. **El derecho al placer sexual.** El placer sexual, incluyendo autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. **El derecho a la expresión de las emociones sexuales.** La expresión sexual es más que solo placer erótico o el acto sexual. Los individuos tienen el derecho de expresar su sexualidad con comunicación, tacto, la expresión emocional y amor.
7. **El derecho para la libre asociación sexual.** Esto significa la posibilidad para casarse o no, divorciarse, y para establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
8. **El derecho para hacer elecciones reproductivas libres y responsables.** Esto abarca el derecho para decidir si tener o no niños, el número y el tiempo entre los niños, y el derecho de acceso completo a los medios para la regulación de la fertilidad.
9. **El derecho a la información sexual basado en datos científicos.** Este derecho implica que la información sexual se debe generar a través de un proceso desinhibido pero a la vez científicamente ético y difundirse por las vías apropiadas a todos los niveles sociales.
10. **El derecho a una educación de sexualidad comprensiva.** Este es un proceso de toda la vida desde el nacimiento y a lo largo del ciclo de la vida y debe implicar a todas las instituciones sociales.
11. **El derecho al cuidado de la salud sexual.** El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todas las preocupaciones, problemas o desordenes sexuales.

Esta declaración fue escrita en el congreso de la AMS en Valencia en 1997. Fue revisado y posteriormente adoptado por la asamblea general de la AMS en su congreso en Hong Kong en 1999.

Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos IPPF (1996)

1. El Derecho a la vida
2. El Derecho a la libertad y la seguridad de la persona
3. El Derecho de igualdad, y a estar libres de todas las formas de discriminación
4. El Derecho a la privacidad
5. El Derecho a la libertad de pensamiento
6. El Derecho a información y educación
7. El Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia
8. El Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos, o cuándo tenerlos
9. El Derecho a la atención de la salud y a la protección de la salud
10. El Derecho a los beneficios del progreso científico
11. El Derecho a la libertad de reunión y a la participación política
12. El Derecho a no ser sometido a torturas y maltrato

Anexo 2

Valoración de la situación de derechos humanos en un país

A continuación, se presenta una relación de preguntas extractadas de un documento editado por UNFPA y que puede ser de utilidad para la valoración a nivel nacional.

¿Cuáles son los principales asuntos de derechos humanos en las áreas de población y desarrollo, salud reproductiva y equidad de género?

¿Cuáles son las causas estructurales y ocultas para la situación de derechos humanos que se ha identificado con la pregunta anterior? ¿Qué hace el estado para abordarlos?

¿Cuáles son los factores culturales que facilitan o limitan los derechos reproductivos y la igualdad de género?

224

¿Existe acceso universal a los cuidados en salud reproductiva en el país? ¿Las personas tienen igual acceso a información y servicios de calidad incluyendo a las minorías, los y las excluidos, quienes viven en áreas rurales, jóvenes y adolescentes no casados/as? ¿Son tratados sin discriminación?

¿Cuáles son los instrumentos de derechos humanos que no han sido ratificados por el país⁵⁴?

¿Se reflejan los estándares internacionales (y acuerdos ratificados) de los derechos humanos en el marco legal, incluida la constitución del país? Si es positiva la respuesta ¿cómo se reflejan? Si la respuesta es negativa ¿Cuáles son los pasos que se han dado para su integración?

54. Existe una lista que puede servir para chequear la respuesta a esta pregunta y disponible en <http://www.ohchr.org/english/bodies/index.htm>

Las leyes y/o las políticas actuales ¿redundan en discriminación o inequidad?

El país ¿informa al Comité de Eliminación de la Discriminación contra las mujeres u otros cuerpos de derechos humanos?

La comunidad y las organizaciones de la sociedad civil ¿participan en la toma de decisiones? ¿Monitorizan las actuaciones de las entidades gubernamentales?

¿Existen instituciones de derechos humanos a nivel nacional en el país? Si la respuesta es positiva ¿son funcionales e incluyen la salud y los derechos reproductivos y los derechos de las mujeres como parte de su mandato?

¿Cuáles son los principales problemas asociados con los mecanismos de rendición de cuentas?

Las personas ¿están capacitadas / son titulares de derechos, para iniciar procedimientos (tales como presentar una reclamación) para la denuncia de una violación de derechos humanos ante una corte competente acorde a los procedimientos previstos en la legislación?

¿Existe violencia de género en el país y cuánto de prevalente? ¿Existen medidas legales para prevenir tal violencia y castigar a los responsables? En caso afirmativo, ¿se está reforzando la legislación?

¿Existe asistencia legal, cuidado medico y apoyo psico-social y abrigo disponible para las mujeres y adolescentes víctimas de violencia?

¿Existen unidades especializadas u oficiales de policía mujeres entrenadas para proteger a las mujeres y adolescentes que son víctimas de violencia?

¿Existen medidas para prevenir y responder a la explotación sexual (incluidas las refugiadas) por fuerzas de paz de Naciones Unidas u otras agencias humanitarias?

Acrónimos

AE: Anticoncepción de Emergencia

AOD: Ayuda Oficial al Desarrollo

BM: Banco Mundial

CAD: Comité de Ayuda al Desarrollo

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer

CID: Cooperación Internacional para el Desarrollo

CIPD: Conferencia Internacional en Población y Desarrollo

226

CRS: Creditor Reporting System

CSW: Commission of Status of Women en ingles. Comisión del Estado de la Mujer

DDSSRR: Derechos Sexuales y Reproductivos

EIS: Educación Integral en Sexualidad

EpS: Educación para la Salud

ES: Educación Sexual

EUR: Euros

LCID: Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo

HSH: Hombres que tienen sexo con Hombres

IPPF: Federación Internacional de Planificación Familiar

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

MEF: Mujeres en edad fértil

MGF: Mutilación Genital Femenina

NNUU: Naciones Unidas

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PAE: Píldoras de Anticoncepción de Emergencia

PF: Planificación Familiar

RMM: Ratio Mortalidad Materna

SDSR: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

SR: Salud Reproductiva

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

UDI: Usuarios/as de drogas intravenosas

UE: Unión Europea

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

UNIFEM: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

UNFPA: Fondo de Población de Naciones Unidas

USA: Estados Unidos

USD: Dólares Americanos

VbG: Violencia Basada en Género

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Bibliografía

- AECI: Espinosa Fajardo J. y col.** “Guía para Programas y Proyectos de Salud Sexual y Reproductiva en África”. Programa Vita, AECI, 2005.
- AECI: Freire Macías J., Monje Corella S. y Ramírez Rubio O.,** “Estrategia de Salud de la Cooperación Española”. MAEC, SECI, DGPOLDE, 2007.
- AECI: San Miguel Abad N.,** “Estrategia de Género de la Cooperación Española”. MAEC, SECI, DGPOLDE, 2007.
- Bastos FI, Cáceres C, Galvao J, Veras MA, Castillo EA.** “AIDS in Latinamerica: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response”. Int J Epidemiol 2008 Aug; 37 (14) 729-37
- Checa S.** (compiladora) “Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia” Ed. Paidós 2003.
- Coates T.J, Richter L, Caceres C.** “Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better”. Lancet 2008 Aug (372): 669-84
- EuroHIV.** “HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2005”. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2006. No. 73.
- EuroHIV.** “HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006”. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2006. No. 75.
- Eurongos, DSW y EPF, 2008.** EPF Staff and Mathias Brucker (DSW), “Euromapping 2008”.
- FNUAP** “Estado de la población mundial 2005. La promesa de la igualdad: equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio” UNFPA 2005
- FNUAP 2007 Rowbottom S.** “Giving Girls Today and Tomorrow”. Human Rights-Based Programming. What it is December 2006. Nueva York
- FNUAP.** “Desde El Cairo hasta 2015. El camino del éxito. Encuesta Mundial 2006. Adelantos logrados por los parlamentarios en la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”. Nueva York. 2007
- FNUAP.** UNFPA and Office of the High Commissioner for Human Rights. “Application of Human Rights to Reproductive and Sexual Health. Recommendations”. Nueva York
- FNUAP.** UNFPA and Eurongos. “The Road to Global Reproductive Health. Reproductive Health and Rights on the International Agenda, 1968–2003”. United Kingdom
- FNUAP.** Serie de Informes “El Estado de la Población Mundial”. Años 2000 a 2007. New York.

- Fundación Carolina y GIE (Marrero B., O'Kelly M., Solsona M. y Zumarán A.)** "Políticas europeas de Cooperación al Desarrollo en Materia de Salud Sexual y Reproductiva". Fundación Carolina y GIE, 2008.
- Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid G, Garcia Moreno C, Van Look PFA.** "Sexual and reproductive health: a matter of life and death". Lancet 2006; publicado online el 1 de noviembre. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69478-6.
- GIE: Zumarán A. y O'Kelly M.** "Informe Progresos y Promesas, la Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud Sexual y Reproductiva 1995-2005". GIE 2007
- Hollingsworth TD, Anderson RM, Fraser C.** "HIV-1 Transmission, by Stage of Infection". J. Infect Dis 2008 Sep 1;198(5):687-93.
- Humand Rights Centre.** University of Essex "Reducing Maternal Mortality. The contribution of the right to the highest attainable standard of health". Paul Hunt and Judith Bueno de Mesquita.
- IPPF, FNUAP; OMS y ONUSIDA,** "Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA: Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios". IPPF, FNUAP; OMS y ONUSIDA, 2006.
- IPPF.** "Marco de la IPPF para la Educación Integral en Sexualidad", Equipo de Juventud de la IPPF (2006)
- IPPF.** "Derechos Sexuales: una declaración de IPPF". IPPF 2008
- Lewis G, ed.** "Why mothers die 2000–2002: the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom". London: RCOG Press; 2004.
- Low N, Broutet N, Paz-Bailey G, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hawkes S.** "Global control of sexually transmitted infections". Lancet 2006; publicado online el 1 de noviembre. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69482-8.
- Manos Unidas,** Boletín Prensa 2008.
- Marie Stopes International.** "Position Paper: Safe Motherhood". MSI 2004.
- Marie Stopes International.** Informe Control Ciudadano 2007 "Salud sexual y reproductiva: Un derecho de mujeres y hombres", Joyce Haarbrink,
- Merson M.H, O'Malley J., Serwadda D., Apisuk C.** "The history and challenge of HIV prevention". Lancet 2008; 372: 475–88
- Naciones Unidas.** "Informe sobre la juventud mundial 2005".
- Naciones Unidas.** Resolution adopted by the General Assembly [on the report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-third Special Session of the General Assembly (A/S-23/10/Rev.1)]. A/RES/S-23/2. Nueva York. November 2000
- Naciones Unidas,.** "Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2007". ONU, 2007.

- Naciones Unidas.** “Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2008”. ONU, 2008.
- Naciones Unidas.** Convention on the Elimination of all forms of Discrimination against Women (CEDAW). Disponible en página web de UNFPA.
- Naciones Unidas: Bernstein S. y Juul Jansen C.** “Opciones públicas, decisiones privadas: Salud sexual y reproductiva los Objetivos de Desarrollo del Milenio”. Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006.
- OEI.** “Noticia de Violencia contra las mujeres Noviembre 2007”
- OMS.** “Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006- 2015: romper la cadena de transmisión”. OMS 2007
- OMS.** “Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank”. WHO 2007.
- OMS: Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B. y Lozano R.** “World Report on Violence and Health”. WHO, 2002.
- OMS.** “Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica” OMS 2005
- OMS.** Nota descriptiva N° 241. Mayo de 2008
- OMS.** Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial. OMS, Ginebra. 2008
- OMS.** Décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (CIE-10), OMS.
- OMS.** “Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!” Ginebra, OMS 2005.
- OMS. WHO, UNFPA, UNICEF and World Bank Group.** “Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice”. 2006
- OMS.** “Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. WHO Recommended interventions for improving maternal and Newborn Health”. WHO/MPS/07.05. WHO 2007.
- OMS.** “Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Obstetric Fistula Guiding principles for clinical management and programme development”. WHO Ginebra 2006
- OMS.** “Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Standars for Maternal and Neonatal Care”. WHO. Ginebra. 2007
- OMS.** “Making a difference in Countries. Strategic Approach to Improving Maternal and Newborn Survival and Health”. WHO Ginebra 2006

- OMS: WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS and UCSF.** “Sexual & Reproductive Health and HIV. Linkages: Evidence Review and Recommendations”. 2008
- OMS.** “Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios” Foro mundial para la Investigación sobre salud y OMS, 2007
- OMS: Grimes David A, Benson Janie, Singh Susheela, Romero Mariana, Ganatra Bela, Okonofua Friday E, Shah Iqbal H.** “Unsafe abortion: the preventable pandemic”. Journal Paper. Sexual and Reproductive Health 4. WHO 2006
- OMS: Fathalla Mahmoud F, Sinding Steven W Rosenfield, Allan, Fathalla Mohammed M F.** “Sexual and reproductive health for all: a call for action”. Journal Paper. Sexual and Reproductive Health 6. WHO 2006.
- ONUSIDA.** “Informe sobre la epidemia mundial de sida”. New York. 2008
- PANOS.:** “Vidas Jóvenes en riesgo”. Edit. Panos. Informe nº 35, 1999
- Population Reference Bureau.** “Cuadro de Datos sobre la Planificación Familiar 2008”. PRB, 2008.
- Population Reference Bureau.** “Cuadro de la Población Mundial 2007”. PRB, 2007.
- Population Reference Bureau.** “La Juventud Mundial 2006”. PRB, 2007.
- Prosalus, Médicos Mundi y Médicos del Mundo, 2007.** Mediano C., Merchán C. y Ramírez J. “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, Informe 2007”. Madrid 2007.
- Shaw D.** “Sexual and reproductive health: rights and responsibilities”. Lancet 2006; publicado online el 1 de noviembre. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69487-7.
- UNICEF.** “Hoja de datos: Mutilación Genital Femenina” 2006
- UNICEF.** “Tracking progress in maternal, newborn and child survival. The 2008 report”. Nueva York, UNICEF, 2007.
- UNIFEM.** “Violencia contra las mujeres Datos y Cifras, Marzo 2008”.
- USAID.** “Manual de integración de género en programas de salud reproductiva y VIH: del compromiso a la acción” USAID 2005
- Walker N et al.** “Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic?”. Lancet 2004, 363:2180–2185.
- Women Deliver.** “Fact Sheet: El ABC de los ODM”. Family Care International, 2007.
- World Association for Sexual Health, “Sexual Health for the Millennium.** A Declaration and Technical Document”. WASH, 2008.





pd PAZ Y DESARROLLO



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha
Consejería de Bienestar Social