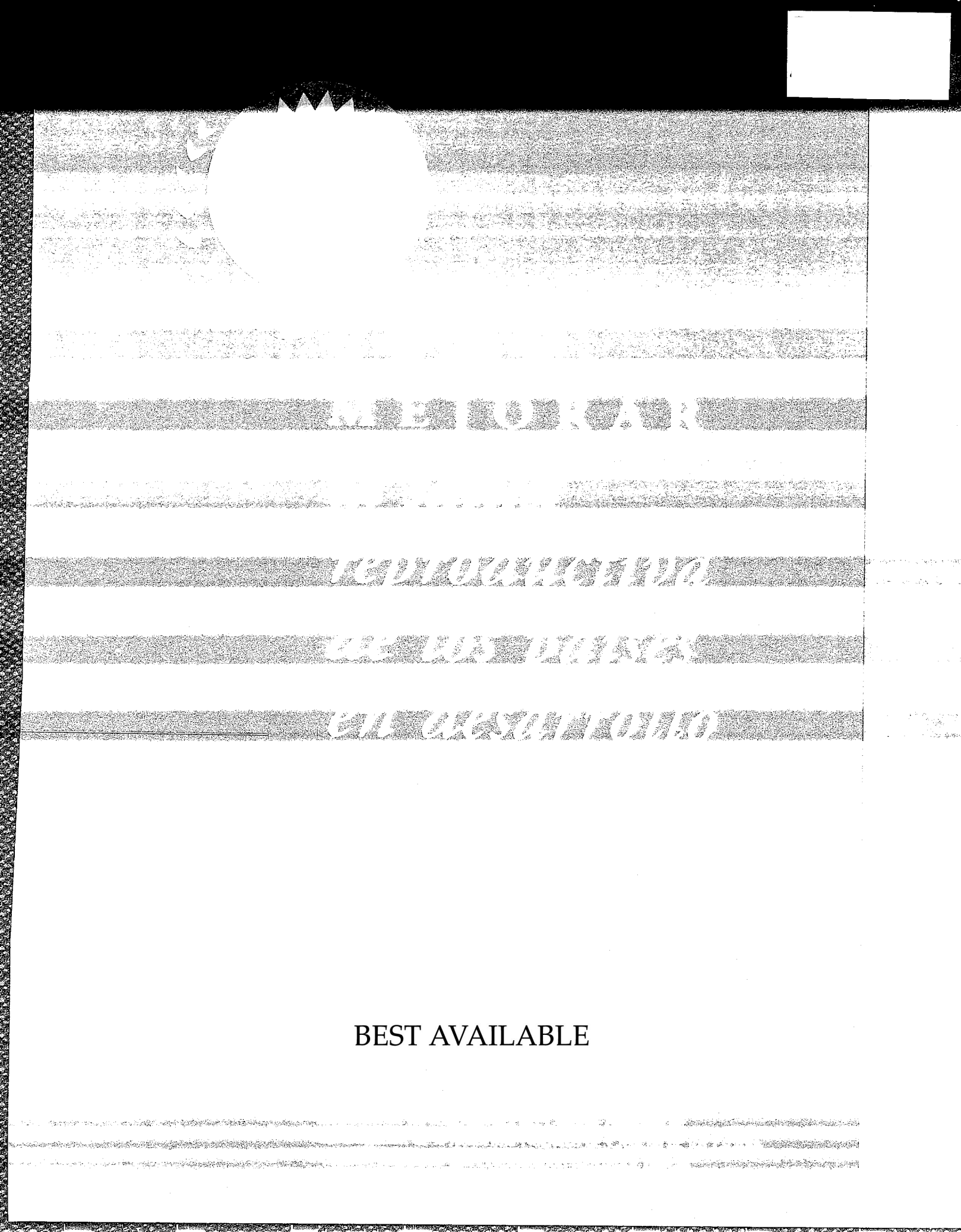


BEST AVAILABLE

ÍNDICE

Resumen 1
Introducción 3
Comportamiento sexual sano 5
Sexualidad y reproducción sin infecciones 9
Nacimientos planeados 13
Embarazos y partos sanos 16
Diseño y realización de programas 20
Invertir en la salud reproductiva 23
Referencias 26

Gráficas

Gráfica 1. Hombres y mujeres casados de 25 a 29 años que dijeron haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales 5
Gráfica 2. Mujeres que han sido pegadas por sus esposos 6
Gráfica 3. Mujeres cuyo último embarazo o parto no fue planeado 13
Gráfica 4. Partos asistidos por personal con capacitación médica 17
Gráfica 5. Gastos per cápita en salud, por región 23

Cuadros

Cuadro 1. Mujeres en edad fértil en algunos países en desarrollo 4
Cuadro 2. Nuevos casos de ETS curables entre la población adulta, 1995 9
Cuadro 3. Mortalidad materna en las principales regiones 16
Cuadro 4. Eficacia en función del costo de programas de salud reproductiva en países de bajo ingreso 24

Apéndices

Apéndice A. Grupo de Expertos sobre la Salud Reproductiva en los Países en Desarrollo 28
Apéndice B. Ejemplos de Objetivos Nacionales sobre la Salud Reproductiva 29

RESUMEN

Los países en desarrollo se están enfrentando a serios problemas relacionados con la salud del sistema reproductivo, entre los que se encuentran las enfermedades de transmisión sexual (ETS), los embarazos no planeados y las complicaciones en el parto, pero la mayoría de estos problemas pueden prevenirse o resolverse mediante buena coordinación y mayor inversión.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que tuvo lugar en 1994, gobiernos de diferentes partes del mundo establecieron un nuevo programa de actividades para promover la salud en temas de reproducción, a raíz de lo cual la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. (NAS por sus siglas en inglés) organizó el Grupo de Expertos sobre Salud Reproductiva en los Países en Desarrollo, para ayudar a definir los problemas que existen en dicha área y las medidas necesarias para hacerles frente. Dicho grupo ha expuesto varias prioridades para la consideración de las personas encargadas de la formulación de políticas, de los investigadores y de los proveedores de servicios de atención a la salud.

- **Poner énfasis en la diseminación de información sobre las ETS y en la prevención de estas enfermedades y otras infecciones del sistema reproductivo (ISR).** Las IRS pueden aumentar el riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como dejar a la mujer estéril y dar lugar a incapacidades permanentes en los recién nacidos. El personal de clínicas de planificación familiar y de atención básica a la salud tiene que estar lo suficientemente bien informado sobre las ETS y las ISR como para poder asesorar a los usuarios de las mismas sobre la forma de prevenir dichas infecciones, el uso adecuado de los condones y los lugares donde pueden acudir para solicitar un diagnóstico y recibir tratamiento si sospechan que han contraído dichas infecciones.

- **Proporcionar tratamiento para las ISR en instalaciones de planificación familiar y atención a la salud.** Los directores de programas deben alentar el tratamiento básico de las infecciones del sistema reproductivo en las clínicas siempre que sea posible. Los servicios de atención prenatal y durante el parto deben incluir la administración de pruebas para la detección de la sífilis, así como administrar el tratamiento necesario durante el embarazo y poner gotas en los ojos de los recién nacidos para prevenir infecciones como resultado de las ETS que la madre pueda tener.

- **Mejorar los servicios esenciales para las mujeres embarazadas.** Es difícil predecir los problemas de salud (como la hemorragia y los partos largos) que dan lugar a muertes relacionadas con el embarazo. Por otra parte, la mayoría de los partos en los países en desarrollo tienen lugar fuera de las instalaciones de salud. Las mujeres embarazadas, sus familias y las personas que las asisten durante el parto deben estar capacitadas para poder reconocer complicaciones relacionadas con el mismo que puedan ser mortales y así saber cuándo deben solicitar ayuda de las instalaciones de atención a la salud. Asimismo los hospitales y las clínicas tienen que mejorar su equipo y capacitar a su personal para facilitar los servicios necesarios que permitan responder a dichas situaciones de emergencia.

- **Ampliar el acceso a los servicios de distribución de anticonceptivos y proporcionar mayor información al respecto.** Entre el 20 y el 60 por ciento de todos los nacimientos que tienen lugar en los países en desarrollo no son planeados, e incluyen embarazos no deseados o inoportunos. La gente necesita tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas, así como servicios e información

de alta calidad. Y los proveedores de servicios de planificación familiar y sus clientes tienen que estar informados de que existen anticonceptivos de emergencia.

- **Eliminar la violencia y la coacción sexual.** La violencia y la coacción sexual tienen consecuencias para la salud, entre las que se incluyen la transmisión de ETS y los embarazos no deseados, por lo que se deberían promulgar leyes en contra de la violencia sexual y doméstica y exigir su cumplimiento. Por otra parte, las víctimas de dichos abusos necesitan tener mayor acceso a las autoridades judiciales y policiales y a servicios de asesoría; y también deben promulgarse leyes y movilizar a la población para eliminar la mutilación genital de la mujer.

La necesidad de integrar o no los servicios de atención a la salud ha venido siendo un tema de central importancia en la provisión de servicios de salud sobre la reproducción. Dicha integración puede tener varias ventajas, como lograr mayor eficiencia gerencial y mayor comodidad para los usuarios, pero dicha integración puede también sobrecargar de trabajo a los trabajadores de salud y puede que no funcione en lo que respecta a servicios especializados, como son los servicios obstétricos de emergencia. Se necesitan más estudios y evaluaciones para decidir la configuración de servicios que resulta más eficaz en diferentes circunstancias.

Dado que los recursos en el área de salud son limitados en la mayoría de los países en desarrollo, no existe un conjunto preestablecido de servicios sobre la reproducción que pueda ser adoptado en todos los sitios. Los servicios en el área de reproducción constituyen una de las inversiones en salud más efectivas en función del costo, pero debido al crecimiento demográfico en los países en desarrollo se necesita elevar dicha inversión simplemente para mantener los insuficientes niveles actuales de servicios. Es decir, para ofrecer un servicio mejor y más amplio se necesitan ambas cosas, incrementar los recursos y mejorar la administración de dichos servicios.

A continuación se presentan una serie de acciones para mejorar la atención a la salud reproductiva. Una actividad bien dirigida (que incluya servicios públicos y privados y cambios en la política de sanidad apoyados por la comunidad internacional) puede ayudar incluso a los países pobres a avanzar en la solución de sus principales problemas de salud en temas de reproducción.

INTRODUCCIÓN

En 1994, representantes de más de 180 países se reunieron en el Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo donde aprobaron un Plan de Acción que puso énfasis sobre la necesidad de mejorar la atención a la salud reproductiva. Para ayudar a definir y a evaluar las estrategias a seguir en dicho Plan de Acción, el Comité sobre Población de la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. organizó un Grupo de Expertos sobre Salud Reproductiva en los Países en Desarrollo, compuesto por individuos no afiliados de diferentes países y campos de especialización *(ver apéndice A)*.

Los objetivos del Grupo de Expertos fueron (1) analizar la magnitud y la gravedad de los problemas de salud reproductiva en los países en desarrollo, (2) evaluar los posibles costos y la efectividad de las intervenciones que tratan estos problemas y (3) recomendar las prioridades a establecerse en programas y actividades de investigación. Este informe resume los hallazgos y las recomendaciones presentadas por el Grupo de Expertos*.

Dicho grupo se basó en el concepto de salud reproductiva adoptado por el Plan de Acción de la Conferencia que implica lo siguiente:

- todo acto sexual debe tener lugar sin coacción o infección,
- todo embarazo debe ser planeado, y
- todo parto debe tener lugar en condiciones sanas.

No existe ningún grupo de población en el mundo que haya logrado dichos objetivos, pero las deficiencias son especialmente notorias en los países en desarrollo.

- Entre el 20 y el 40 por ciento de los nacimientos en los países en desarrollo son no deseados o inoportunos, lo que representa una carga para las familias y pone en riesgo la salud de millones de mujeres y niños.
- Se estima que cada año tienen lugar 50 millones de abortos provocados, de entre los cuales 20 millones se realizan en condiciones de riesgo, o por personal no capacitado.
- Casi 600.000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo (el 99 por ciento de las mismas en los países en desarrollo), y aproximadamente 7,6 millones de niños fallecen cada año antes de nacer o en la primera semana de vida.
- Cada año surgen más de 333 millones de nuevos casos curables de ETS a nivel mundial, y una gran proporción de parejas en algunas regiones del mundo no pueden concebir los hijos que quieren principalmente como resultado de dichas infecciones. Por otra parte,

* La totalidad del informe, titulado *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, puede obtenerse poniéndose en contacto con la *National Academy Press*. Para mayor información véa la página 32.

entre el 30 y el 70 por ciento de las mujeres infectadas que quedan embarazadas transmiten la infección a los recién nacidos y muchas de ellas tienen partos prematuros, abortos naturales, o niños que nacen muertos.

- Se estima que casi 22 millones de personas están infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH, el virus que causa el SIDA); 14 millones de ellas viven en el África subsahariana, pero el número de infectados está incrementando rápidamente en el sur y el sudeste asiático. El tener infecciones de transmisión sexual aumenta entre dos y cinco veces el riesgo de contraer el VIH por relaciones sexuales de carácter heterosexual.

Uno de los problemas actuales es el drástico crecimiento en el tamaño de las poblaciones que necesitan atención en el área de salud reproductiva. Aunque las tasas de crecimiento demográfico han disminuido en la mayoría de los países en desarrollo, continúa habiendo un considerable crecimiento en el número de individuos en edad fértil o cercanos a ella, debido al alto número de nacimientos en décadas pasadas *(ver el cuadro 1)*. El problema es todavía mayor en los países donde existe un bajo uso de anticonceptivos, ya que el tamaño de la población en edad fértil aumentará en un 50 por ciento o más entre 1995 y el año 2010.

Cuadro 1

Mujeres en edad fértil en algunos países en desarrollo

	Número de millones de mujeres entre 15 y 49 años en 1995	Incremento porcentual de 1995 al 2010
Kenia	6,2	60
Pakistán	30,8	59
Nigeria	25,3	59
Tanzanía	6,9	56
Bangladesh	28,0	47
Colombia	9,7	26
Tailandia	16,6	9

FUENTE: Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 1996 Revision* (Nueva York: Naciones Unidas, 1996): proyecciones de variaciones medias.

Incluso en los países que no están experimentando un rápido crecimiento demográfico es necesario establecer políticas y asignar recursos a la salud reproductiva. Entre las principales necesidades se encuentran hacer frente a las epidemias de ETS y del SIDA, mejorar la calidad de los servicios actuales de salud reproductiva y llevar dichos servicios a grupos de población que hasta ahora no han sido suficientemente atendidos.

No existe un conjunto específico de programas que satisfaga todas las necesidades de sanidad, pero sí hay pasos que pueden tomarse en cualquier circunstancia actual para abordar los principales problemas en el área de salud reproductiva. Los hallazgos y recomendaciones del informe de la NAS que se resumen a continuación serán de utilidad a quienes diseñan programas de salud en este área, establecen prioridades para su financiamiento, y financian o llevan a cabo investigaciones para mejorar dichos programas.

COMPORTAMIENTO SEXUAL SANO

Uno de los componentes vitales de la salud reproductiva es promover un comportamiento sexual sano, lo que implica tener control sobre nuestro propio cuerpo y tomar decisiones fundadas y responsables en lo que se refiere a las relaciones sexuales. La sexualidad sana y la salud reproductiva están ligadas de las tres formas siguientes:

- La falta de una sexualidad sana —o, lo que es peor, la violencia y la coacción sexual— puede resultar en serias consecuencias para la salud, entre las que se encuentran los embarazos no planeados y la transmisión de ETS.
- Las experiencias sexuales en la niñez y la coacción sexual pueden dar lugar a problemas sexuales y comportamientos peligrosos en la edad adulta.
- Una sexualidad sana es parte integral de la salud en general, e incluye el bienestar emocional y mental de la persona.

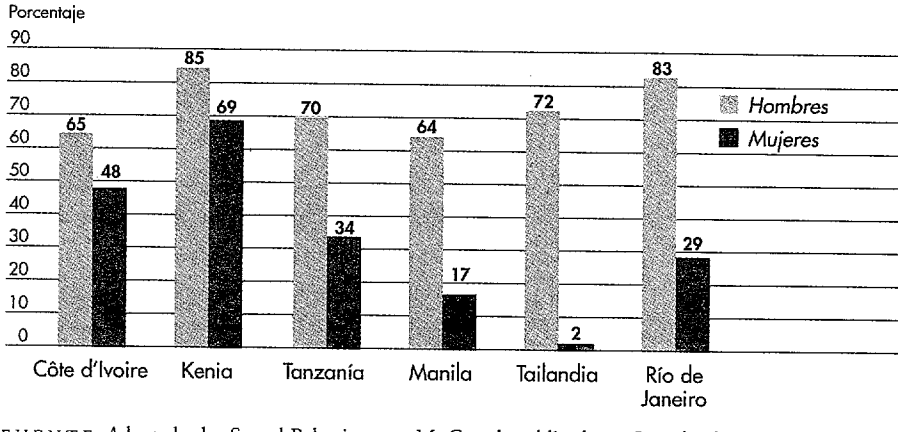
Las diversas culturas tienen diferentes reglas sobre la sexualidad, especialmente en lo que se refiere al comportamiento sexual de la gente joven antes del matrimonio y al derecho de las mujeres de rehusar a tener relaciones sexuales dentro del matrimonio; sin embargo, muchos de los problemas de salud serios se deben a conductas que se oponen a reglas ampliamente compartidas, como las que se oponen a la violencia sexual y a la explotación sexual de los niños.

Sexualidad en el contexto cultural

Las relaciones sexuales antes del matrimonio son comunes en muchas partes del mundo, y las encuestas realizadas indican que dicha conducta está aumentando en todas las regiones *(ver la gráfica 1)*. Los sondeos llevados a cabo en Asia y África muestran que las mujeres jóvenes experimentan una fuerte presión social y por parte de personas de su misma edad que las lleva a tener relaciones sexuales antes de casarse. El promedio de la edad a la que la gente se casa es ahora mayor en muchos países, y esto pone a los jóvenes a «riesgo» de tener dichas relaciones. Además, ciertos aspectos de la vida moderna pueden incrementar el deseo y la oportunidad de tener contacto sexual antes del matrimonio: los medios de comunicación, el mayor nivel de migración y urbanización, la agudización de actitudes materialistas y el empobrecimiento relativo dentro de las sociedades que eleva los niveles de prostitución.

Gráfica 1

Hombres y mujeres casados de 25 a 29 años que dijeron haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales



FUENTE: Adaptado de «Sexual Behavior» por M. Carael, publicado en *Sexual Behavior and AIDS in the Developing World*, editado por J. Cleland y B. Ferry (Londres: Taylor and Francis, 1995): 75-123.

La experiencia sexual antes del matrimonio es algo más común entre los hombres que las mujeres. En la mayor parte de las sociedades, la prohibición en contra de las relaciones sexuales previas al matrimonio no es tan estricta para los jóvenes varones como para las mujeres, ni se aplica de forma tan tajante. Sin embargo el permitir, e incluso alentar, dicha conducta entre los jóvenes varones afecta la salud reproductiva tanto de hombres como de mujeres.

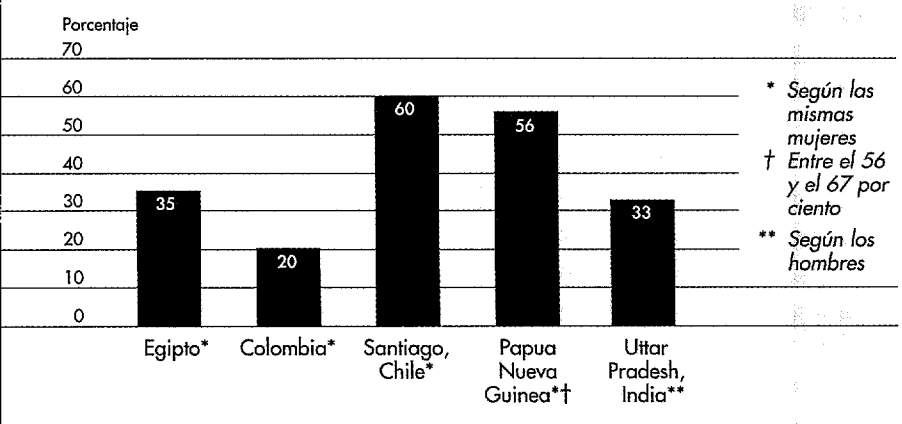
El tener relaciones sexuales con varios individuos también supone implicaciones para la salud reproductiva, porque cuanto mayores son las redes de contacto sexual mayor es la posibilidad de contraer infecciones. En el África subsahariana entre el 8 y el 49 por ciento de los hombres casados y hasta un 19 por ciento de las mujeres casadas indican haber tenido una o más parejas no habituales. Los porcentajes son aún más altos para individuos que no han estado casados: hasta un 54 por ciento para los hombres y un 32 por ciento para las mujeres. En los países asiáticos donde se ha estudiado este tema, entre un 33 y un 45 por ciento de los hombres que no han estado casados y sólo el uno por ciento de las mujeres que no han estado casadas tienen una o más parejas no habituales[1].

Violencia Sexual

La violencia sexual es algo experimentado por muchas mujeres, tanto fuera como en el seno de relaciones formales. Los datos sobre este tipo de violencia no son muchos, en parte debido a que el reconocimiento de la misma como tema de salud pública es algo reciente; pero se sabe lo suficiente para poder considerarla un serio problema de salud reproductiva. Algunos sondeos sobre el tema en los países en desarrollo muestran que entre el 20 y el 60 por ciento de las mujeres han sido pegadas por sus esposos *(ver la gráfica 2)*.

Gráfica 2

Mujeres que han sido pegadas por sus esposos



FUENTES: L Heise, J. Pitanguy y A. Germain, *Violence against Women: The Hidden Health Burden*, Documento de discusión del Banco Mundial No. 255 (Washington, D.C.: Banco Mundial, 1994); S. Martin, A. Tsui, K. Maitra y R. Marinshaw, «Wife Abuse in Northern India», documento no publicado (Chapel Hill, NC: Carolina Population Center, Universidad de Carolina del Norte, 1997); F. el-Zaraty et al, *Egypt Demographic and Health Survey 1995* (El Cairo, Egipto: National Population Council y Calverton, MD: Macro International, 1996).

La violencia en contra de las mujeres afecta el control que éstas tienen sobre su sexualidad y por lo tanto sobre su salud sexual, ya que entre las consecuencias negativas de la misma se encuentran las lesiones físicas, las ETS, los embarazos no deseados, los abortos provocados en condiciones peligrosas y los abortos naturales, aparte de trastornos mentales como depresión y ansiedad. El temor a la violencia doméstica puede impedir que la mujer intente persuadir a su esposo para que usen condones o un método anticonceptivo, porque ella teme ser acusada de infidelidad.

Aunque la mayoría de las sociedades no perdonan la violencia hacia la mujer, con frecuencia, ya sea de forma expresa o implícita, promueven el comportamiento masculino agresivo y dominante que puede llevar a la violencia. Además es posible que no haya mucha intención por parte de la

sociedad en general de poner paro a la violencia contra la mujer por conductos legales. Por ejemplo, el concepto de violación sexual no existe en muchos códigos penales y la violencia doméstica es algo que frecuentemente no recibe atención de la policía o de los tribunales.

La explotación sexual de los niños merece especial mención. Las repercusiones de este tipo de coacción sexual pueden ser incluso más traumáticas y duraderas que la violencia contra las mujeres adultas. En Estados Unidos se ha comprobado que existe una relación de causa y efecto entre un historial de abuso sexual durante la niñez, comportamientos sexuales insalubres y una mayor frecuencia de ETS en la vida adulta de la persona. Los niños en circunstancias difíciles (niños que viven en la calle, huérfanos y refugiados) corren especial riesgo de sufrir dicho abuso.

Mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina, que en ciertas modalidades recibe el nombre de circuncisión femenina, tiene lugar anualmente en aproximadamente dos millones de niñas, tipicamente con el fin de restringir su comportamiento sexual. Dicha práctica ha sido notificada en más de 30 países en el continente africano, 7 en el Proximo Oriente y 4 en Asia, además de llevarse a cabo en los países desarrollados donde existe emigración de ciertos grupos étnicos[2]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en la actualidad 114 millones de mujeres y niñas han sido sometidas a algún tipo de mutilación genital.

Dicha mutilación normalmente se lleva a cabo en condiciones poco higiénicas y por lo general sin anestesia, lo que pone a la mujer en riesgo de contraer una infección así como de tener problemas de tipo sexual y reproductivo en el futuro. Entre las consecuencias inmediatas para la salud pueden encontrarse infección, hemorragia, retención de la orina, choque y la muerte. Los problemas a largo plazo incluyen una serie de problemas de orden reproductivo, desde frigidez sexual hasta la esterilidad y complicaciones durante el parto, lo que supone riesgos adicionales para las madres y los recién nacidos.

Implicaciones para programas y políticas

Los programas y políticas para promover una sexualidad sana pueden dividirse en tres tipos principales:

- incrementar la conciencia pública sobre la existencia de problemas de salud sexual,
- proporcionar educación sobre la sexualidad y servicios de sanidad a la gente joven y adulta,
- proporcionar apoyo legal y social para prevenir la violencia sexual y proteger y proporcionar tratamiento a las víctimas de la misma.

Debido a que la discusión abierta de temas de sexualidad es una actividad limitada en la mayoría de las sociedades, la diseminación de los resultados de estudios sobre conducta y las creencias sexuales puede resultar de gran utilidad para concentrar la atención pública en el tema. Merece especial prioridad la documentación de problemas como la violencia y la coacción sexual, así como la explotación sexual de los niños y la mutilación genital femenina.

Educación sexual

La educación sexual y la comunicación sobre temas de sexualidad es algo necesario en todas las culturas para crear una imagen de lo que constituye una conducta sexual responsable. En muchas regiones dicha educación ya está siendo aceptada para responder al alto índice de embarazos entre los adolescentes y el riesgo de infección por VIH. Por ejemplo, aproximadamente la mitad de la población adolescente de Latinoamérica ha recibido algún tipo de educación sexual, principalmente proporcionada por organizaciones no gubernamentales (ONG)[3].

La mayoría de los programas de educación sexual proporcionan información sobre reproducción, anticonceptivos y ETS. Para abordar una mayor gama de temas de salud sexual, dicha educación debe incluir los referentes al papel de ambos sexos, la auto-estima, la toma de decisiones, la violencia sexual y doméstica, y la capacidad de comunicación y negociación. Es más fácil ponerse en contacto con la gente joven que asiste a las escuelas, pero los adultos también están mal informados y necesitan asesoramiento sobre temas de sexualidad.

Los datos que se tienen de los países desarrollados indican que los programas de educación sexual bien diseñados pueden reducir las conductas sexuales peligrosas. En una revisión reciente sobre la situación en Estados Unidos se llegó a la conclusión de que dichos programas no promueven mayor o más frecuente actividad sexual entre la gente joven[4].

Ampliación de los servicios de salud

Debido a que la actividad sexual antes y fuera del matrimonio es algo común en muchos países, los programas de salud reproductiva deben proporcionar información y servicios a personas que hasta ahora no han sido consideradas parte de su clientela, es decir a los hombres, a los adolescentes y a las personas solteras de todas las edades.

Los servicios de salud reproductiva también deben ampliarse para abordar temas relativos a la sexualidad sana y los proveedores de los mismos deben recibir la capacitación necesaria para explorar los factores que puedan contribuir al uso inapropiado de anticonceptivos por parte de sus clientes o a que estos se expongan a contraer ETS. Dichos proveedores necesitan asimismo jugar un mayor papel en ayudar a detectar la violencia doméstica y el abuso sexual de los niños, al igual que en la asesoría y tratamiento de las víctimas, ya que puede que el sistema de sanidad sea el único servicio público con el que dichas víctimas entren en contacto.

Cambios en la legislación y las políticas

Cada sociedad debe considerar como tema de alta prioridad mejorar el acceso del público al sistema legal, y crear servicios de ayuda a las víctimas de la violencia sexual. Es necesario promulgar leyes en contra de la violencia sexual y doméstica, y exigir el cumplimiento de las que ya existan.

Un importante obstáculo que impide que las mujeres controlen su propia sexualidad es el hecho de que dependen de los hombres para su supervivencia económica; por lo que, aparte de las políticas que aborden directamente la violencia sexual, también se logrará una reducción en la coacción y la violencia a que se ve sometida la mujer, si se toman medidas para incrementar su autonomía mediante mayor educación y proporcionándole oportunidades para lograr independencia económica, así como mediante la promulgación de leyes que protejan su herencia y garanticen sus derechos en casos de divorcio.

En los lugares donde sea común la mutilación genital de la mujer, la estrategia de salud reproductiva debe incluir medidas para educar al público y a los proveedores de servicios de sanidad sobre el daño que ello supone para la salud de la mujer. También es necesario asegurar el cumplimiento de las leyes que prohiben dichas prácticas.

SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN SIN INFECCIONES

Las relaciones sexuales y la reproducción deben estar libres de infección. Las infecciones del sistema reproductivo (ISR) son un término genérico que cubre los tres siguientes tipos de infecciones:

- ETS,
- infecciones que resultan de un aumento excesivo de los organismos normalmente presentes en el sistema reproductivo, e
- infecciones relacionadas con procedimientos médicos como son el aborto y la introducción en el organismo de dispositivos intrauterinos.

Las ISR constituyen un arraigado problema de salud a nivel mundial. Estudios realizados sobre mujeres en la India, Bangladesh y Egipto han revelado que las tasas de infecciones del sistema reproductivo oscilan entre el 52 y el 92 por ciento, y que menos de la mitad de las mujeres consideran dicha situación anormal[5]. La OMS calcula que en 1995 surgieron por lo menos 333 millones de nuevos casos de ETS curables, la mayoría de los cuales tuvieron lugar en los países en desarrollo *(ver el cuadro 2)*.

Cuadro 2

Nuevos casos de ETS curables entre la población adulta, 1995

	Millones
Mundo	333
Sur y sudeste asiático	150
África subsahariana	65
América Latina y el Caribe	36
Este de Asia y el Pacífico	23
Norte de África y Próximo Oriente	10

FUENTE: OMS, «An Overview of Selected Curable Sexually Transmitted Diseases», documento no publicado (Ginebra, Suiza: OMS Programa Mundial sobre el SIDA, 1995).

La prevalencia de las ISR tiene que ver tanto con la conducta sexual como la relativa a cuestiones de sanidad. Las ETS se deben principalmente a conductas sexuales que implican un riesgo, como el inicio de la actividad sexual a temprana edad, el hecho de tener varias parejas, la prostitución y las conductas sexuales específicas. Otros comportamientos relacionados con la salud (como son el uso de servicios de sanidad, el seguir el tratamiento, o el uso de métodos anticonceptivos) también pueden influir en los esquemas de las ISR.

Las ISR pueden tener graves consecuencias para la salud, ya que elevan la posibilidad de contraer el VIH (el virus que causa el SIDA). A finales de 1996 había más de 22 millones de personas en todo el mundo infectadas por el VIH, y casi las dos terceras partes de las mismas se encontraban en el África subsahariana[6]. Por otra parte, aunque la infección tardó más en surgir en Asia, se ha registrado un rápido crecimiento tanto en el sur como en el sudeste asiático. La infección por el VIH en los países en desarrollo se ha extendido principalmente mediante contacto heterosexual.

La clamidia y la gonorrea pueden ascender por el sistema reproductivo al útero o las trompas de Falopio, donde la infección, que pasa a recibir el nombre de inflamación pélvica, puede reducir seriamente las posibilidades de que la mujer pueda concebir. Entre otras consecuencias de las ISR se encuentran la mayor probabilidad de embarazos ectópicos (en las trompas) y el cáncer genital. Casi todas las ETS pueden ser transmitidas al feto o al recién nacido, con trágicas consecuencias como la transmisión del VIH/SIDA, los nacimientos prematuros, los daños neurológicos, la ceguera o la neumonía en los recién nacidos.

Intervenciones para prevenir y tratar las ISR

El diseño y puesta en práctica de programas para prevenir y tratar las ISR requieren un enfoque multifacético por parte de las autoridades de salud pública que incluya actividades de prevención básica dirigidas a cambiar comportamientos individuales, así como medidas para poner paro a la transmisión de infecciones en el seno de una comunidad y formas de reforzar la capacidad de los servicios clínicos para tratar a personas con síntomas de infecciones del sistema reproductivo. Dadas las diferencias en los perfiles de dichas infecciones a nivel local, y los recursos y tecnologías de que se disponen, es de esperar que los componentes específicos de dichos programas varíen considerablemente de un lugar a otro.

Educación y cambios de comportamiento

La prevención de las ISR exige efectuar cambios en el comportamiento individual y los patrones comunitarios de conducta. En lo que se refiere al público en general, las intervenciones que se hagan deben tratar de

- aumentar el conocimiento de los síntomas y las consecuencias de las ISR y las ETS,
- alentar a los adolescentes a que pospongan el inicio de sus relaciones sexuales,
- promover el uso de condones y otros métodos anticonceptivos de barrera entre parejas cuya relación sexual monógama no sea recíproca y
- buscar fuentes de atención a la salud para recibir tratamiento cuando se sospeche la existencia de una infección de este tipo.

Las campañas de educación pública con mejores resultados han utilizado una variedad de medios de comunicación, además de tratar con respeto a las culturas locales y usar técnicas como las de segmentación del público, la realización de pruebas y la producción profesional. Los programas de ventas subvencionadas de condones han dado buenos resultados al apoyarse para su divulgación en los medios de comunicación impresa y de radiodifusión, y al desarrollar una dinámica actividad de distribución y publicidad en el punto de compra, para aumentar las ventas incluso en algunos de los países más pobres del mundo. Las campañas de los medios de comunicación pueden ser un excelente conducto para la realización de dichas tareas, pero no son suficientes por sí solas para cambiar comportamientos de forma generalizada.

La prevención de las ISR también exige mejorar el conocimiento que las mujeres y los hombres tienen sobre la reproducción, la higiene personal y las conductas saludables, así como atenerse al tratamiento recomendado. Hay que concentrarse en reducir la aplicación de

substancias dañinas para la vagina (como son los productos desodorantes) y el uso inapropiado de antibióticos. Esto último requerirá un cambio de actitud tanto entre curanderos como en la medicina moderna, así como entre farmacéuticos y miembros de la familia.

Los programas de planificación familiar pueden empezar a tomar medidas de inmediato para responder a las necesidades de sus clientes y su personal en lo que se refiere a las infecciones del sistema reproductivo, existan o no tratamientos clínicos para ellas. Todo el personal clínico debe estar bien informado sobre las ISR, las ETS y el VIH/SIDA, para que puedan contestar las preguntas de los clientes y ayudarles a escoger el método anticonceptivo más apropiado. Los trabajadores de salud de la comunidad y las clínicas necesitan tener materiales de información básica sobre las infecciones del sistema reproductivo y un amplio suministro de condones.

Control de la propagación de las ETS

Para combatir las ETS se necesita adoptar un doble enfoque: (1) reducir los síntomas y consecuencias para las personas y (2) parar la propagación de las infecciones en el seno de la comunidad. Puede que exista un cierto conflicto entre las dos estrategias, especialmente si los recursos son muy limitados. Desde el punto de vista de la comunidad, es posible que sea más eficaz en función del costo concentrar la prevención y el tratamiento en los grupos específicos (como prostitutas y hombres que tienen varias parejas) que juegan un factor clave en la propagación de las ETS, pero dicho enfoque hace caso omiso de las necesidades de otras personas.

Con frecuencia los servicios de planificación familiar y salud materno-infantil han venido perdiendo importantes oportunidades para ayudar a sus clientes a prevenir las ETS. Se necesita adoptar un enfoque más coordinado, en el que todos los directores de programas de salud reconozcan la magnitud del problema y diseñen una respuesta equilibrada basada en el perfil local de dichas enfermedades.

Diferentes circunstancias requieren programas con enfoques diferentes. La planificación familiar y los servicios de atención prenatal y de salud en general deben poder tratar a las mujeres con síntomas de ISR, ya que muchas de ellas no asistirían a una clínica especializada en ETS. Asimismo, el asesoramiento sobre anticonceptivos debe proporcionarse reconociendo el doble objetivo de prevenir embarazos e infecciones. Por otra parte, los programas de ETS deben proporcionar servicios habituales de detección y tratamiento, no sólo para personas con síntomas sino también para quienes no los tengan pero corran un alto riesgo de contraerlas.

El asesorar a las personas infectadas y, siempre que sea posible, a sus parejas sobre el tratamiento y la reducción de riesgo es esencial para el éxito de los servicios de prevención de ETS. También deben elaborarse y revisarse periódicamente las estrategias de tratamiento teniendo en cuenta el perfil de las enfermedades y la resistencia a los antibióticos a nivel local, para lo cual será necesario hacer investigaciones adicionales sobre uno y otro tema.

Para llevar a cabo dichos análisis se necesitan recursos de laboratorio y actividades de divulgación dirigidas a grupos de alto riesgo. Aparte de tratar a los hombres con síntomas de ETS, la detección temprana y el tratamiento de dichas enfermedades entre los trabajadores sexuales es, con frecuencia, crucial para reducir la propagación de las mismas en el seno de la comunidad. A los trabajadores sexuales se les debe ofrecer los análisis pertinentes y tratamiento

contra las ETS, tengan o no síntomas de dichas enfermedades. Con el tiempo, los esfuerzos de prevención dirigidos a estos grupos ayudarán a reducir la cantidad de ETS entre los clientes de las clínicas de planificación familiar y otras instalaciones de atención a la salud.

Reforzar los servicios clínicos

El uso de un tratamiento estandar para combatir las ETS debe ser responsabilidad habitual de los servicios de planificación familiar y otros relativos a la salud reproductiva. Como mínimo las instalaciones de planificación familiar y atención básica a la salud deben asegurarse de que los hombres y las mujeres que muestren síntomas de ETS puedan obtener tratamiento para las llagas genitales, el flujo anormal y la inflamación pélvica.

El uso de versiones adaptadas a la situación local de los procedimientos estandar de tratamiento elaborados por la OMS puede ayudar a lograr este objetivo. Los procedimientos de la OMS no requieren usar laboratorios médicos y dan buen resultado en el tratamiento de llagas genitales en ambos sexos y ciertas infecciones (uretritis) en los hombres. Lamentablemente no son apropiados para los males que mas comúnmente afectan a las mujeres (flujo vaginal y dolor en la parte inferior del abdomen). En la actualidad se necesita perfeccionar estas directrices de la OMS para evitar excederse en el tratamiento proporcionado, lo que representa un costo innecesario.

Los servicios de atención prenatal y durante el parto incluyen la realización de pruebas para detectar la presencia de sífilis y el tratamiento de la misma durante el embarazo. Es necesario administrar gotas anti-bactéricas en los ojos de los recién nacidos para evitar la ceguera que puede resultar de la transmisión de una ETS de la madre al niño. Son tratamientos sencillos y económicos que resultan sumamente efectivos en función de costo en la mayor parte de los países en desarrollo.

Con relación a las ISR resultantes del exceso de organismos normalmente presentes en el sistema reproductivo, las clínicas de planificación familiar y otros servicios de atención a la salud deben hacer análisis sencillos y económicos del flujo vaginal de las mujeres con síntomas de ISR y proporcionarles el tratamiento adecuado.

Para prevenir las infecciones que surgen como resultado de procedimientos médicos es necesario mejorar la calidad de los servicios. Como mínimo deben tomarse medidas simples como lavarse las manos, usar guantes y esterilizar los instrumentos. Una de las mejores formas de prevenir las enfermedades del sistema reproductivo asociadas con procedimientos médicos es reducir el número de abortos en condiciones peligrosas. Esto puede lograrse, en parte, mejorando el suministro de servicios que proporcionan métodos anticonceptivos (incluyendo los anticonceptivos de emergencia) y tomando medidas para reducir la peligrosidad de los abortos, dónde estos sean legales.

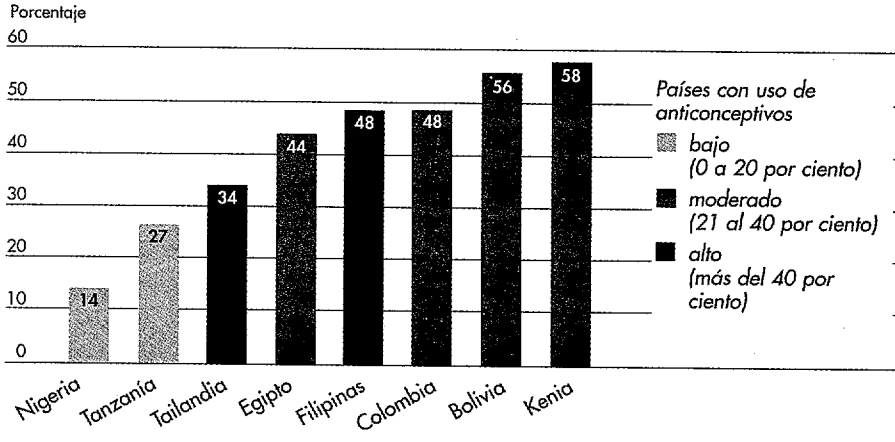
NACIMIENTOS PLANEADOS

Al reducir el número de embarazos no planeados se promueve la salud reproductiva, principalmente porque se reduce el número de veces que la mujer se expone al peligro que conlleva estar embarazada y tener hijos en circunstancias desfavorables. Los sondeos realizados en los países fuera del África subsahariana indican que entre una décima y una tercera parte de todos los nacimientos recientes no son deseados y los porcentajes relativos a los nacimientos considerados inoportunos son similares[7]. En África dichos porcentajes son inferiores pero, debido a que las mujeres africanas tienen más partos, el problema es de igual envergadura que en otras partes del mundo.

La gráfica 3 muestra el porcentaje de mujeres que indicó que su último embarazo o parto no fue planeado, es decir, que fue inoportuno o no deseado. Las mujeres corren mayor riesgo de tener partos no deseados en los países donde el uso de anticonceptivos oscila entre el 20 y el 40 por ciento, probablemente porque existe un desfase entre dicho uso y la gran rapidez en el cambio del tamaño de familia deseado.

Gráfica 3

Mujeres cuyo último embarazo o parto no fue planeado



FUENTE: Datos procedentes de las Encuestas demográficas y de salud, cálculos no publicados.

Incluso en el África subsahariana donde el tamaño de familia deseado sigue siendo grande (y el uso de anticonceptivos es bajo) los sondeos indican que, por término medio, aproximadamente una quinta parte de los partos que tienen lugar son inoportunos, lo que sugiere que se necesita usar métodos anticonceptivos para lograr el espacio deseado entre un parto y otro. En los países en los que el 50 por ciento de las parejas usa anticonceptivos, los índices de partos no deseados son inferiores porque hay menos partos, debido a que el uso de anticonceptivos está más extendido y funciona de forma más eficaz.

Estos datos muestran que, en el caso de países que están experimentando una reducción en su fertilidad, la proporción de nacimientos no planeados puede seguir creciendo hasta que el uso de anticonceptivos se vuelva más común, lo que hace que las autoridades encargadas de la formulación de políticas tengan que abordar de varias formas el objetivo de eliminar los embarazos no planeados.

Consecuencias de los embarazos no planeados

Los embarazos y partos no planeados pueden tener consecuencias adversas para los propios niños, sus padres y sus hermanos, y la sociedad en general. Los embarazos no planeados ponen en riesgo la salud de las mujeres (especialmente las más pobres) simplemente por el hecho de incrementar el número de embarazos y partos que tienen a lo largo de sus vidas. En

cualquier nivel de acceso y uso de servicios de atención a la salud, la reducción del número de embarazos ayuda a reducir el índice de muertes maternas.

Los embarazos no planeados también afectan la salud de los niños porque ocurren con mucha mayor proporción entre mujeres en categorías de alto riesgo, incluyendo las mujeres muy jóvenes o las de edad avanzada, y las que tienen muchos partos, o poco espacio entre uno y otro parto. Estos factores están todos ellos relacionados con un mayor riesgo de mortalidad infantil. Por otra parte, muchos estudios muestran que los niños de familias numerosas reciben menor escolaridad y atención a la salud y tienen mayores deficiencias nutritivas que los niños de familias pequeñas.

Los datos sobre abortos provocados ofrecen prueba tanto de la gran cantidad de embarazos no planeados como de una de sus posibles consecuencias dañinas. Estudios de gran prestigio calculan que en 1987 hubo entre 26 y 31 millones de abortos provocados legales, y entre 10 y 22 millones de abortos ilegales en todo el mundo[8]. La mayor parte de los abortos provocados en los países en desarrollo se realizan en lugares inadecuados, por lo que pueden resultar peligrosos. Los abortos en condiciones peligrosas son una de las cuatro principales causas de muerte relacionadas con el embarazo, además de dar lugar a un tremendo número de lesiones no mortales.

Ayudar a las parejas a alcanzar sus metas reproductivas

Si continúa disminuyendo el tamaño de la familia que se considera ideal, como ha venido ocurriendo en la mayoría de los países, al ayudar a las personas a alcanzar sus objetivos de reproducción se logrará una reducción general en la tasa de fecundidad. Los programas de salud reproductiva deben considerar como alta prioridad satisfacer la creciente demanda de métodos de planificación familiar mediante el acceso sin riesgo a una variedad de métodos anticonceptivos. El acceso a servicios anticonceptivos debe ampliarse tanto en las clínicas como fuera de las mismas, e incluir servicios de atención después del parto y prevención de ETS.

Se necesitan programas de información, educación y comunicación, así como mejoras en la asesoría proporcionada incluso en aquellos lugares donde hace tiempo que existen programas de planificación familiar. Los proveedores de dichos servicios y sus clientes presentes y futuros continúan teniendo lagunas sobre la forma de utilizar los anticonceptivos y las ventajas y desventajas de los métodos a su disposición, por lo que si se proporciona mejor asesoría, se toman más decisiones fundadas y existen servicios de mayor calidad, se aumentará la confianza en dichos servicios de planificación familiar y existirá una demanda efectiva de los mismos.

La mejora de la calidad de los servicios de planificación familiar no debe considerarse en yuxtaposición a la ampliación del acceso a los mismos, por varias razones. En primer lugar, muchos de los problemas relativos a la calidad del servicio (como son la ausencia de equipo y materiales, y trabajadores de salud poco incentivados que ahuyentan a los clientes) también representan obstáculos para proporcionar la cantidad apropiada de servicios. En segundo lugar, la oferta de servicios de planificación familiar está intrínsecamente ligada a la diseminación de información. En el caso de los métodos que requieren un suministro constante así como ser utilizados de forma apropiada, como es el caso de las píldoras, es necesario que exista una relación continua entre los proveedores del servicio y los clientes. Por último, puede que mejorar la calidad del servicio en las instalaciones existentes resulte más eficaz (lograr un mayor número de usuarios de planificación familiar por el mismo nivel de inversión) que la utilización de más trabajadores de salud o la construcción de nuevas instalaciones de atención a la salud.

Ampliar el margen de opciones anticonceptivas

Desde que tuvo lugar la «revolución de los anticonceptivos» en la década de 1960 (cuando la píldora salió al mercado) hasta la fecha, los avances han sido los anticonceptivos hormonales para la mujer. Los métodos hormonales para el hombre y las vacunas anticonceptivas para hombres y mujeres no estarán disponibles sino hasta dentro de una o dos décadas. La investigación y el desarrollo de nuevos métodos anticonceptivos no se ha mantenido al ritmo de la demanda de métodos de bajo costo, inocuos y efectivos para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual[9]. Por otra parte, muchos lugares del mundo, especialmente en el África subsahariana, todavía no se han beneficiado totalmente de la información y la tecnología con que se cuenta hoy en día.

El uso de píldoras anticonceptivas de emergencia parece ser una alternativa inocua y efectiva para las mujeres después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Dichas píldoras, que no son un abortivo[10], pueden ser un método de respaldo eficaz, complementario a los métodos utilizados normalmente, y algo especialmente importante para las mujeres que son víctimas de coacción sexual; pero el uso de dicho método de emergencia no está muy extendido en los países en desarrollo debido a que pocos proveedores de servicios de sanidad y sus clientes saben del mismo. Es por ello que se debe diseminar la información sobre las técnicas que existen en la actualidad, para hacer llegar dicha información tanto al personal de atención a la salud y planificación familiar como a otras personas que puedan necesitarla.

*Acceso a servicios de aborto sin riesgo**

Aunque es probable que la mejoría en el acceso a los servicios de planificación familiar de alta calidad permitirá reducir el alto nivel de abortos en muchos países, no eliminará por completo la demanda del aborto. En la práctica, los métodos anticonceptivos temporales raramente tendrán una efectividad del cien por cien, mientras continúen siendo comunes las relaciones sexuales no planeadas o coaccionadas.

El mayor acceso a servicios de abortos provocados sin riesgo, incluyendo el tratamiento oportuno de complicaciones relacionadas con los mismos, ayudará a reducir el número de muertes maternas. Incluso en los lugares donde el aborto es legal, el acceso al mismo es con frecuencia difícil y los servicios son de baja calidad y están marcados por un estigma social, por lo que el aborto se convierte en algo innecesariamente peligroso.

En los países donde el aborto es legal, los sistemas de atención a la salud deben contar con el equipo apropiado y la debida capacitación para poder hacer una aspiración manual durante el primer trimestre del embarazo. Dicha aspiración es un procedimiento que no necesita hospitalizar a la mujer y puede reducir la peligrosidad y el costo del aborto en los primeros meses del embarazo, en comparación con los procedimientos médicos tradicionales.

En los lugares donde el aborto sea ilegal, los servicios de atención a la salud deben asegurarse de que las mujeres que se hayan sometido a abortos en condiciones peligrosas sean tratadas rápidamente y de forma apropiada. Es necesario que exista una amplia disponibilidad del citado equipo de aspiración, tanto para proporcionar abortos legales como para tratar los casos de abortos incompletos.

---

* El Grupo de Expertos de la NAS no fue formado para tratar las cuestiones éticas o religiosas relacionadas con la legalización del aborto. El informe recomienda formas de mejorar la salud en las diversas condiciones de legalidad del aborto.

EMBARAZOS Y PARTOS SANOS

Se estima que 586.000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo. El peligro de muerte es mayor en África, debido a que las mujeres africanas quedan embarazadas con más frecuencia que las mujeres de otros continentes, y a que cada uno de dichos partos presenta mayores riesgos *(ver el cuadro 3)*. Pero el número real más alto de muertes es en Asia.

Las principales causas directas de muerte materna en los países en desarrollo son las hemorragias, las infecciones, los partos obstruidos o prolongados, los abortos en condiciones peligrosas y los trastornos de hipertensión arterial relacionados con el embarazo. La mayor parte de las muertes maternas (a excepción de las relacionadas con los abortos provocados) ocurren durante el parto o poco después del mismo, y las consecuencias pueden ser graves incluso para las mujeres que sobreviven. Los cálculos varían mucho de un país a otro pero es razonable considerar que entre el 12 y el 15 por ciento de las mujeres embarazadas en los países en desarrollo sufren serias complicaciones algunas de las cuales ponen en peligro sus vidas[11].

Cuadro 3

Mortalidad materna en las principales regiones, alrededor de 1990

Región	Número de muertes maternas por año	Índice de mortalidad materna[1]	Riesgo durante sus vidas[2]
Países desarrollados	4.000	27	1 de cada 1.800
Países en desarrollo	582.000	480	1 de cada 48
África	235.000	870	1 de cada 16
Asia	323.000	390	1 de cada 65
Latinoamérica y el Caribe	23.000	190	1 de cada 130

[1]El índice de mortalidad materna es el número de muertes debidas al embarazo o el parto por cada 100.000 niños nacidos vivos.

[2]Esta columna calcula el riesgo durante la vida de la mujer de morir por causas relacionadas con el embarazo o el parto.

FUENTE: OMS y UNICEF, *Revised Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF* (Ginebra, Suiza: OMS, 1996).

La salud de la mujer en términos de reproducción tiene un efecto drástico e inmediato en el feto o el recién nacido. Aproximadamente la mitad de todas las muertes de niños menores de cinco años ocurre en el primer mes de vida, y una gran parte de las mismas está relacionada con la salud y el estado nutritivo de la madre antes y durante el embarazo y el parto. La muerte de la madre también tiene tremendas consecuencias para su familia: si ella muere la probabilidad de que fallezcan sus hijos menores de cinco años es hasta del 50 por ciento en algunos países en desarrollo[12].

Aunque la atención prenatal está bastante extendida y se usa frecuentemente en los países en desarrollo, todavía no existe un uso generalizado de los servicios médicos durante el parto y después del mismo. La OMS calcula que sólo el 40 por ciento de los nacimientos en los países en desarrollo tiene lugar en instalaciones de atención a la salud y el 53 por ciento con ayuda de personal cualificado[13]. (La gráfica 4 ofrece estimaciones en algunos países en desarrollo.)

Sigue siendo común tener los partos en casa, ya sea por razones culturales o porque las instalaciones de salud no son accesibles o se piensa que no son de buena calidad.

Prevención de muertes maternas

Las principales causas directas de muerte materna no pueden preverse o prevenirse lo suficientemente bien mediante la atención prenatal y la detección de quienes se encuentran en condiciones de alto riesgo. Las mujeres necesitan tener acceso a atención médica para hacer frente a las complicaciones que surjan, ya que siempre existen riesgos imprevisibles.

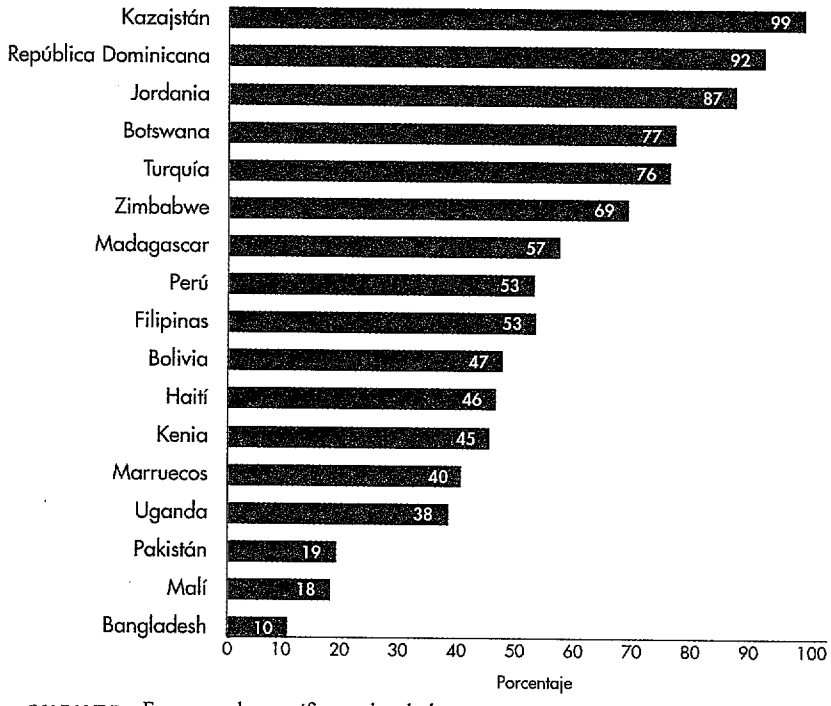
La atención básica a las complicaciones obstétricas implica disponer de capacidad para operar, proporcionar anestesia, realizar transfusiones de sangre, inyectar medicamentos por vía intravenosa y administrar otros tipos de tratamientos médicos, así como proporcionar cuidados especiales a los recién nacidos. Deben establecerse unidades de obstetricia en los hospitales y mejorar las que ya existan, aparte de elevar la calidad de la capacitación en las mismas. Los proveedores profesionales, como por ejemplo las parteras, pueden hacerse cargo de ciertos cuidados básicos extendiendo su asistencia a las mujeres en sus hogares[14].

La puesta en práctica de algunos elementos esenciales para atender las complicaciones obstétricas en unos pocos países en desarrollo ha dado lugar a una drástica reducción en muertes maternas. El índice de mortalidad materna en Sri Lanka se redujo drásticamente, de 555 por cada 100.000 niños nacidos vivos en la década de 1950, a 239 en la década de 1960, y a 95 en 1980. Esto se debió a un despliegue nacional de centros de salud y mayor capacitación de las parteras. También hubo un gran aumento en la proporción de partos asistidos por personal capacitado.

Debido a que la mayoría de los partos en los países en desarrollo tienen lugar fuera de las instalaciones de atención a la salud, la estrategia más efectiva para reducir el número de muertes maternas es asegurarse de poder reconocer las complicaciones del embarazo y del parto, y llevar a las mujeres a instalaciones con profesionales que puedan

Gráfica 4

Partos asistidos por personal con capacitación médica



FUENTE: Encuestas demográficas y de salud

atenderlas una vez se detecten las complicaciones. Suponiendo que el parto comience en el hogar, se necesitan seguir los cuatro pasos siguientes:

1. detectar la existencia de una complicación que pone a la mujer en peligro de muerte; dicho reconocimiento puede hacerlo la propia mujer, su familia, la partera, u otras personas;
2. decidir buscar ayuda; normalmente dicha decisión la toman los miembros de la familia;
3. llegar a los servicios de atención a la salud a tiempo, lo que a veces supone superar problemas de distancia, costo, falta de transporte, y la impresión que se tiene de la baja calidad de los servicios o las actitudes poco accesibles de los trabajadores de salud;
4. obtener en dichas instalaciones de atención a la salud el cuidado médico apropiado para las complicaciones de la madre y el recién nacido.

Hacer que cada uno de estos pasos sea posible puede requerir realizar una o más intervenciones, especialmente en entornos rurales, donde se prefiere tener a los hijos en casa y a veces es necesario hacerlo por razones de tipo logístico. En zonas urbanas, donde las mujeres dan a luz en instalaciones de atención a la salud, dichas intervenciones pueden ir dirigidas a lograr un uso más selectivo de las mismas. Para complementar los esfuerzos de la comunidad que alientan a las familias a utilizar servicios de atención a la salud, es necesario mejorar la calidad de dichos servicios tanto en el contexto rural como urbano.

Alentar a las familias a que utilicen los servicios de atención a la salud

Como primer paso, las familias, y quienes tienen influencia sobre ellas, necesitan reconocer los signos de las complicaciones obstétricas y saber dónde pueden encontrar ayuda. Las intervenciones deben concentrarse en familias, incluyendo a los hombres, porque frecuentemente son quienes toman la decisión de dónde y cuándo solicitar ayuda. Los esfuerzos de capacitación de las parteras tradicionales, para que remitan a sus clientes cuando existan complicaciones, han dado resultados mixtos. Sin embargo a veces sí ha resultado beneficioso establecer lazos entre dichas parteras y las instalaciones médicas y hacer que sean bien recibidas en las mismas.

Las comunidades tienen que ser conscientes de la necesidad de transportar a las mujeres con complicaciones obstétricas y ayudar a facilitar dicho transporte a instalaciones de atención a la salud donde puedan proporcionarles los cuidados que necesitan. Se han hecho una serie de experimentos a este respecto, como el uso de subsidios para taxis, el transporte en ambulancia, la existencia de fondos renovables para transporte, e incluso el transporte por barqueros, pero el costo o la mala reputación de las instalaciones parecen presentar mayor obstáculo que la falta de transporte en sí.

Aumentar el acceso a la atención a la salud

Los centros rurales de salud quizás puedan resolver algunos problemas obstétricos (como proporcionar antibióticos para infecciones y sedativos en casos de hipertensión) antes de remitir a las mujeres a los lugares donde, si son necesarios, vayan a proporcionarles mayores cuidados médicos, pero es posible que dichos centros no vean suficientes casos al año para

mantener sus conocimientos por lo que quizás no amerite hacer mayor inversión en los mismos. Se pueden llevar a cabo investigaciones operativas para determinar cómo pueden usarse los centros remotos y los proveedores de asistencia (es decir, las parteras) de forma efectiva y para qué tipo de complicaciones.

También se han probado otras soluciones, como el uso de casas de espera al parto y casas de parto, para salvar las distancias a las instalaciones médicas. Estos lugares ofrecen a las mujeres que tienen un historial de complicaciones obstétricas un lugar donde pueden quedarse cerca del hospital o de personal médico capacitado. Sin embargo, no se sabe si estos lugares aumentan la proporción de mujeres con serias complicaciones que reciben tratamiento adecuado.

Mejorar la calidad de los servicios de maternidad

Los pocos estudios sobre la calidad de los servicios de maternidad indican que normalmente existen grandes deficiencias. Muchas de las muertes maternas que podrían haberse evitado son debidas a que el servicio recibido en las instalaciones de atención a la salud fue inapropiado o se administró demasiado tarde. El trabajo realizado en una serie de países, incluyendo Guatemala, Nigeria y Uganda, muestra que la atención sanitaria de alta calidad genera demanda. Varios estudios prueban que el uso de servicios de parto aumenta cuando sus proveedores reciben capacitación previa en cuidado obstétrico[15].

Otra intervención para mejorar la calidad de los servicios de salud ha sido impartir a las parteras conocimientos que les permitan salvar vidas, así como enseñarles a comunicarse mejor. Pero se necesita más que capacitar a un tipo de trabajador de salud para mejorar hábitos. También tiene que haber programas para capacitar al personal a quienes las parteras remitan a sus pacientes, al igual que deben existir políticas que permitan a dichas personas utilizar las destrezas que acaban de aprender. Por otra parte, para mantener la calidad, es necesario apoyar dicha capacitación con suficiente supervisión y los aspectos logísticos pertinentes.

El uso de procedimientos para hacer frente a las complicaciones obstétricas es útil para guiar y coordinar las acciones de los proveedores de atención médica. Estos procedimientos proporcionan un modelo para decidir las acciones que son apropiadas y si se han establecido mecanismos para evaluar el servicio proporcionado por dichos proveedores.

La mayoría de las mujeres embarazadas en los países en desarrollo están recibiendo en la actualidad algún tipo de atención prenatal, y dicho servicio debe utilizarse para mejorar tanto la salud de la madre como la del recién nacido. La atención prenatal debe incluir la realización de análisis para detectar la presencia de sífilis, anemia, e hipertensión relacionadas con el embarazo, y proporcionar tratamiento en cada uno de estos casos. La asesoría prenatal también ofrece una oportunidad para informar a las mujeres sobre lo que constituye una dieta adecuada y otras conductas sanas, así como alertarles de posibles complicaciones e indicarles dónde puede obtener ayuda.

20

DISEÑO Y REALIZACIÓN DE PROGRAMAS

Ningún programa, sea cual sea su diseño, podrá satisfacer todas las necesidades de salud reproductiva, pero pueden realizarse una serie de intervenciones clínicas y no clínicas a diferentes niveles del sistema de sanidad y en otros sectores. La experiencia en anteriores iniciativas a gran escala —planificación familiar, vacunación infantil y combate de enfermedades infecciosas— ha servido de aprendizaje sobre el mejor modo de lograrlas.

Casi todos los países cuentan con algún tipo de infraestructura para proporcionar atención a la salud materno-infantil y servicios de planificación familiar. Algunos países tienen servicios de detección y tratamiento de ETS, aunque normalmente no bien establecidos ni coordinados con otros servicios. Asimismo, la mayoría de los países tienen programas de educación o comunicación en materia de salud, por lo que no hay que partir de cero para organizar programas efectivos de salud reproductiva; lo que sí se necesita es reforzar la coordinación, enlazar o diversificar los servicios actuales, y añadir otros nuevos.

Decidir si es necesario integrar los servicios

La decisión de si se deben integrar o no los servicios es un tema de central importancia en el cuidado de la salud reproductiva. La atención médica en este área ha venido ofreciéndose normalmente mediante programas específicos, como los referentes a planificación familiar, prevención de ETS y servicios de maternidad, pero la integración de los mismos podría tener varias ventajas.

- Se podrían abordar problemas de salud hasta ahora desatendidos en personas que ya están en contacto con proveedores de servicios de sanidad (por ejemplo, detectar y tratar la sífilis en mujeres embarazadas y tratar los síntomas de ISR).
- El enlazar la planificación familiar con los servicios de atención a la salud infantil puede representar una gran ventaja para las mujeres en algunos lugares, ya que éstas tendrían una excusa para hacer una visita a la clínica que de otra forma hubieran evitado por vergüenza.
- Los proveedores de servicios materno-infantiles, planificación familiar y asesoría pueden elevar la conciencia de sus clientes sobre la prevención de las ETS, las complicaciones durante el parto y los lugares donde pueden recibir ayuda.
- La integración administrativa permitiría mayor coordinación y el establecimiento de prioridades, así como el reparto del costo gerencial entre muchos programas.

Por otra parte, la integración también tiene sus inconvenientes. Algunos servicios funcionarán mejor en forma de programas separados.

- La integración de un gran número de servicios puede sobrecargar a personal que no esté suficientemente bien capacitado y a los trabajadores de salud bajo supervisión.

- La integración administrativa en el sector público es con frecuencia difícil de llevar a cabo, porque los gerentes pueden prestar poca atención a ciertas funciones si piensan que no tienen responsabilidad sobre las mismas.
- Los programas diseñados para dar servicio a grupos especiales de población no ganarán mucho si se integran con los servicios centrales; entre dichos programas se encuentran los dirigidos a personas con alto riesgo de contraer ETS (los trabajadores sexuales) y los programas para adolescentes y hombres. Se pueden proporcionar servicios múltiples incluso cuando van dirigidos a grupos muy restringidos.
- La provisión de atención básica para complicaciones obstétricas requiere contar con instalaciones, equipo y personal capacitado que normalmente no existe en los lugares que proporcionan servicios de prevención, como son los centros de planificación familiar y atención prenatal.

Es decir, la integración de servicios tiene algunas ventajas pero no garantiza la efectividad del programa. Para poder establecer servicios integrales de sanidad se necesita hacer estudios y evaluar la efectividad de diferentes enfoques organizativos en diferentes contextos.

Cómo obtener un compromiso político a alto nivel

Las evaluaciones durante varias décadas de programas de salud en países en desarrollo sugieren que para tener éxito es necesario contar con el compromiso firme de alcanzar los objetivos del programa, así como tener acceso a suficientes recursos. El compromiso de promover y apoyar una nueva iniciativa de sanidad puede demostrarse de varias maneras: poniendo la iniciativa en manos de una directiva sólida y competente, formulando o reformulando la política nacional, llevando a cabo planeación estratégica de gran visibilidad, estableciendo metas específicas y asegurando los recursos necesarios para alcanzarlas.

La obtención de resultados mensurables proporciona a los directores de programas una forma inequívoca de medir el desempeño de los mismos. Sería bueno que los programas de salud reproductiva usaran indicadores como la reducción de la prevalencia de las ETS y las ISR, el incremento en el uso de anticonceptivos, la atención prenatal generalizada, y el incremento en el número de complicaciones obstétricas resueltas por el personal médico, así como la reducción de la mortalidad materna.

Sin embargo, el poner énfasis en los logros mensurables de los programas no está exento de riesgo. Si los programas presionan a los trabajadores de salud a que alcancen metas simples, puede que se coaccione a los clientes o se distorsionen los objetivos. La formulación de programas efectivos de salud reproductiva requerirá una reorientación de los servicios de salud materno-infantil, planificación familiar y atención a las ETS hacia el establecimiento de normas de calidad poniendo énfasis en conocer y satisfacer las necesidades de los individuos. Por ejemplo, en los programas de asistencia familiar en algunos estados de la India se está tratando actualmente de promover la responsabilidad del personal de salud sin establecer metas relativas al número de usuarios[16].

Establecer prioridades

¿Cómo deben los diseñadores y directores de programas elegir entre varias intervenciones de salud reproductiva? Un enfoque puede ser establecer objetivos mensurables y un calendario para llevarlos a cabo. Esto tiene la ventaja de poner énfasis en los objetivos y traducir dichos objetivos en acciones de las que se puede responsabilizar a los directores de programas.

El apéndice B muestra cómo seleccionar y organizar los objetivos y programas relativos a los principales fines en el área de reproducción que se señalan en este informe. El contenido no será apropiado para todos los países, ya que está concebido como punto de partida o lista de control para establecer una estrategia integral de servicios de salud reproductiva.

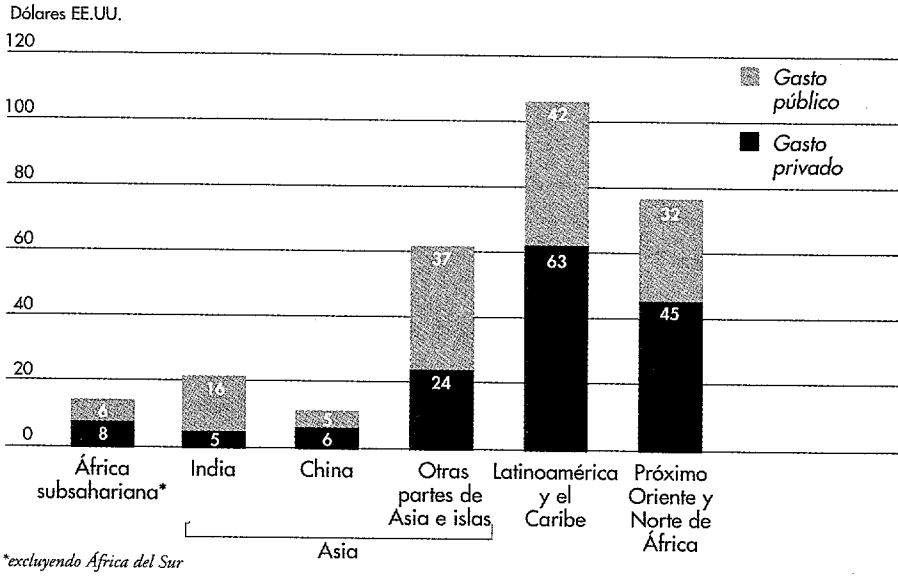
Sería útil contar con un proceso participativo a nivel nacional para especificar los objetivos que se deben proponer, las estrategias para alcanzarlos y los organismos o comunidades que deben formar parte del proceso. La elaboración de dicho marco de referencia ayudaría a conectar una serie de organismos, departamentos y organizaciones a los objetivos sociales más amplios a los que ellos realizan contribuciones. Para ello se necesita una buena dirección y voluntad política, pero no es algo que normalmente se logre mediante un proceso impositivo de superiores a subordinados. Embarcarse en dicha empresa y hacer que sea pertinente a la situación local puede ser de gran utilidad para alentar nuevas formas de colaboración y la toma de decisiones basándose en los datos con que se cuenta.

INVERTIR EN LA SALUD REPRODUCTIVA

Los recursos financieros con que cuentan los países de bajo ingreso en el área de salud son muy limitados. Se calcula que el gasto promedio en atención sanitaria es de 14 dólares EE.UU. por persona en los países de bajo ingreso y 62 dólares EE.UU. en los países de ingreso medio. Aproximadamente la mitad de este gasto proviene de fondos públicos. El gasto por región oscila entre 11 dólares EE.UU. por persona en China y una gran parte de África a más de 1.800 dólares EE.UU. por persona en países más desarrollados *(ver la gráfica 5)*. Dicha variación entre países significa que no existe un sólo conjunto de recomendaciones sobre salud reproductiva que sea aplicable a todo tipo de contextos.

Gráfica 5

Gastos per cápita en salud, por región



**excluyendo África del Sur*

FUENTE: Banco Mundial, *World Development Report 1993: Investing in Health* (Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993): Cuadro A.9.

Costo de los servicios de salud reproductiva

Los cálculos sobre la eficacia en función del costo no son exactos, pero incluso considerando un amplio margen de error muchos programas de salud reproductiva tienen un alto nivel de rendimiento en comparación con otras inversiones en el sector salud y deben recibir mayor prioridad en los presupuestos de dicho sector.

El Banco Mundial ha calculado el importe de varios programas de salud reproductiva en términos del costo por persona por años ajustados de vida por incapacidad (DALY por sus siglas en inglés), que es una medida de la eficacia en función del costo. En este ejercicio, el costo está expresado en dólares y los resultados en términos de salud vienen dados en años de vida libres de incapacidad *(ver el cuadro 4 en la página siguiente)*. En países con bajos ingresos, en todos los programas sobre salud reproductiva se puede ganar un año libre de incapacidad gastando 112 dólares EE.UU. o menos. Los servicios de salud reproductiva se encuentran entre los más efectivos en función del costo, comparados con otros programas de salud que requieren un gasto de uno a 1.000 dólares EE.UU. por año de vida sin incapacidad.

Además, algunos servicios de salud reproductiva, como son la planificación familiar, dan lugar a beneficios sociales que van más allá de simplemente reducir la mortalidad o la incapacidad, ya que mejoran el control individual sobre la reproducción, y dicho beneficio no puede medirse simplemente en términos de efectividad en función del costo.

Cuadro 4

Eficacia en función del costo de programas de salud reproductiva en países de bajo ingreso (dólares estadounidenses)

Intervenciones de salud reproductiva	Costo anual por caso o participante	Efectividad en función del costo (costo por año de vida sin incapacidad*)
Tratamiento de ETS	$11	$1-$3
Programas de prevención del SIDA	$112	$3-$5
PAV reforzado**	$15	$12-$17
Planificación familiar	$12	$20-$30
Atención prenatal y durante el parto	$90	$30-$50

* DALY (años ajustados de vida por incapacidad) mide los años de vida sana que se pierden debido a la muerte, enfermedades o lesiones.

** Programa Ampliado de Vacunación (PAV) además de vacunas y suplementos de micronutrientes para las mujeres.

FUENTE: Banco Mundial, *World Development Report 1993: Investing in Health* (Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993).

Otros estudios han tratado de calcular el costo de un conjunto más amplio de servicios de salud reproductiva. Por ejemplo, el «Paquete materno-infantil» elaborado por la OMS y otros organismos para promover servicios que reduzcan el riesgo durante el embarazo, el parto y el posparto estima que el costo por persona oscila entre 2,50 y 3 dólares EE.UU. (El costo por embarazo oscila entre 66 y 93 dólares EE.UU. [17]) El importe varía grandemente de una comunidad a otra, dependiendo del número de embarazos por mujer y de si viven en áreas rurales o urbanas.

Dicho importe también varía dependiendo de los niveles salariales, gastos de capacitación y el aprovechamiento que se haga del personal y la infraestructura. El costo por persona puede ser alto cuando existan instalaciones caras que no se usen lo suficiente, cosa que ocurre con frecuencia.

Papeles de los sectores público y privado

La forma más idónea de lograr mejoras en el área de salud reproductiva es mediante una mezcla de ayuda pública y privada. Los gobiernos pueden elaborar normativas y reglamentos, así como proporcionar y subvencionar servicios de sanidad, pero no necesitan ser los proveedores directos de todos esos servicios, sino que pueden canalizar subvenciones para hacer que dichos servicios puedan ser costeados por la gente pobre, especialmente en países de ingreso medio donde los servicios de salud están bien establecidos.

Las ONG juegan un papel importante en mejorar la salud reproductiva. Aparte de proporcionar servicios de planificación familiar y materiales —cosa que ya es común en muchos países en desarrollo— las ONG pueden también llevar a cabo otras tareas que los gobiernos con frecuencia no pueden o no quieren abordar. Por ejemplo, las ONG pueden

proporcionar servicios a víctimas de violaciones sexuales, así como servicios de aborto de alta calidad (donde el aborto sea legal), e información para alertar sobre posibles complicaciones en el parto.

Puede haber mucha variedad entre las organizaciones más adecuadas para proporcionar servicios de forma efectiva teniendo en cuenta el contexto, por lo que cualquier nuevo enfoque debe ser sometido a prueba con objeto de averiguar si es el más apropiado para las condiciones locales. El beneficio económico y social que supone mejorar la salud reproductiva constituye un buen argumento para obtener fondos públicos, pero para poder alcanzar dicho beneficio también será necesario movilizar fondos privados en la mayoría de los países.

El pago de tarifas de usuario se está volviendo algo común en los países en desarrollo. Sin embargo, aunque dichas tarifas pueden generar recursos y elevar la eficacia del servicio, es necesario evaluar su uso y aplicarlas con cuidado. Muchos servicios de salud reproductiva benefician no solamente a la persona que los recibe sino a la comunidad en general, por lo que ameritan recibir subsidios para alentar un mayor uso de los mismos. Algunos de estos servicios son nuevos y desconocidos para el público a quien van dirigidos, y presionar para que se autofinancien con demasiada rapidez podría anular la demanda. Asimismo es necesario proteger el acceso de la gente pobre y alentar el uso de servicios que redunden en un importante beneficio para la salud pública.

Necesidad de mayor inversión

Una mayor asistencia externa para los programas de salud reproductiva corregiría el desequilibrio que ha venido existiendo entre programas, en términos de sus contribuciones para mejorar la salud. El cuidado obstétrico en particular ha sido un componente bastante desatendido en la ayuda externa a programas sobre población, salud y nutrición, ya que representa menos del uno por ciento de las contribuciones totales hechas por donantes al sector salud.

Estas y otras inversiones en salud reproductiva pueden dar lugar a importantes mejoras en el área de salud, en comparación con su costo. Las recomendaciones del presente informe pueden ayudar a planear de forma más eficaz el empleo de los recursos que ya han sido destinados a programas como planificación familiar y salud materno-infantil, pero será difícil programar profundas reformas y mejoras si el sector salud no cuenta con mayores recursos.

REFERENCIAS

1. M. Carael, «Sexual Behavior» en *Sexual Behavior and AIDS in the Developing World,* editado por J. Cleland y B. Ferry (Londres: Taylor and Francis, 1995): 75-123.

2. Organización Mundial de la Salud, «WHO Leads Action against Female Genital Mutilation», *World Health Forum* 15 (1994).

3. Federación Internacional de Planificación de la Familia, *Challenges: Women's Health, Women's Rights* (Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1995).

4. D. Kirby, et al, «School-based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: A Review of Effectiveness» *Public Health Reports* 109 (1994): 339-360.

5. R.A. Bang, et al, «High Prevalence of Gynaecological Diseases in Rural Indian Women», *Lancet* 1 (1989): 85-87.

   J.N. Wasseheit, et al, «Reproductive Tract Infections in a Family Planning Population in Rural Bangladesh: A Neglected Opportunity to Promote MCH-FP Programs», *Studies in Family Planning* 20, no. 2 (1989): 69-80.

   N. Younis, et al, «A Community Study of Gynecological and Related Morbidities in Rural Egypt», *Studies in Family Planning* 24 (1993): 175-186.

   V. Singh, et al, «Association Between Reproductive Tract Infections and Cervical Inflamatory Epithelial Changes», *Sexually Transmitted Diseases* 22 (1995): 25-30.

6. NUSIDA y Organización Mundial de la Salud, *HIV/AIDS: The Global Epidemic* (Ginebra: NUSIDA, 1996).

7. Cálculo especial de las Encuestas demográficas y de salud.

8. S. Henshaw y E. Morrow, *Induced Abortion: A World Review, 1990 Supplement* (Nueva York: The Alan Guttmacher Institute, 1990).

9. P.F. Harrison y A. Rosenfield, editores, *Contraceptive Research and Development: Looking to the Future,* Committee on Contraceptive Research and Development, Institute of Medicine (Washington, D.C.: National Academy Press, 1996).

10. J. Trusell y C. Ellertson, «The Effectiveness of Emergency Contraception», *Fertility Control Reviews*, 4, no. 2 (1995): 8-11.

11. M.A. Koblinsky, O. Campbell y S. Harlow, «Mother and More: A Broader Perspective on Women's Health», publicado en *The Health of Women: A Global Perspective*, editado por M.A. Koblinsky, J. Timyan y J. Gay (Boulder, Colorado: Westview Press, 1993).

Organización Mundial de la Salud, *The Mother-Baby Package: Implementing Safe Moderhood in Developing Countries*, Documento FRH/MSM/94.11 (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1994).

12. Banco Mundial, *World Development Report 1993: Investing in Health* (Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993).

13. Organización Mundial de la Salud, *Coverage of Maternity Care, A Listing of Available Information*, Documento WHO/RHT/MSM/96.28 (Ginebra, Suiza: Salud Materna y del Recién Nacido/Maternidad Sin Riesgos, Organización Mundial de la Salud, 1997).

14. I. Pathmanathan y S. Dhairiam, «Malaysia: Moving from Infectious to Chronic Diseases», *Achieving Health for All by the Year 2000: Midway Reports of Country Experiences*, editado por Tarimo y Creese (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1990): 151-172.

15. K. O'Rourke, «The Effect of Hospital Staff Training on Management of Obstetrical Patients Referred by Traditional Birth Attendants», *International Journal of Gynecology and Obstetrics 48* Suplemento (1995): s95-s102.

L. Payne, C. Hooks y M. Marshall, *MotherCare Project Nigeria: Needs Assessment, December 4-18, 1994*, informe de viaje preparado para la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID), Proyecto MotherCare no. 5966-C-00-3038-00 (Arlington, Virginia: John Snow, Inc., 1995).

M.L. Mantz y P. Okong, *Evolution Report: Uganda Life Saving Skills Program for Midwives, October-November 1994*, informe preparado para la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID), Proyecto MotherCare no. 5966-C-00-3038-00 (Arlington, Virginia: John Snow, Inc., 1994).

16. J. Townsend y M.E. Khan, «Indicators and a Management Information and Evaluation System for a Reproductive and Child Health Program», in *Supplement to India's Family Welfare Program: Moving to a Reproductive and Child Welfare Approach*, editado por A.R. Measham y R.A. Heaver (Washington, D.C.: Banco Mundial, 1996): 72-82.

17. P. Cowley y J.L. Bobadilla, *Costing the Mother-Baby Package of Health Interventions* (Washington, D.C.: Departamento de Población, Salud y Nutrición, Banco Mundial, 1995).

Apéndice A

Grupo de Expertos sobre Salud Reproductiva en los Países en Desarrollo

AMY O. TSUI (co-presidenta), Carolina Population Center, Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, Carolina del Norte

JUDITH WASSERHEIT (co-presidenta), Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

ALAKA M. BASU, División de Ciencias de la Nutrición, Universidad de Cornell, Ithaca, Nueva York

JOSÉ LUIS BOBADILLA*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.

WILLARD CATES, JR., Family Health International, Research Triangle Park, Carolina del Norte

CHRISTOPHER J. ELIAS, The Population Council, Bangkok, Tailandia

MARJORIE A. KOBLINSKY, John Snow, Inc., Arlington, Virginia

PIERRE MERCENIER, Instituto de Medicina Tropical, Antwerp, Bélgica

MARK R. MONTGOMERY, The Population Council, Nueva York, Nueva York

SUSAN E. PICK, Instituto Mexicano de Investigación de la Familia y la Población (IMIFP), Ciudad de México, México

ALLAN ROSENFIELD, Escuela de Salud Pública, Universidad de Columbia, Nueva York, Nueva York

HELEN SAXENIAN, Banco Mundial, Washington, D.C.

JAMES TRUSSELL, Oficina de Investigación sobre Población, Universidad de Princeton, Princeton, Nueva Jersey

HUDA ZURAYK, The Population Council, El Cairo, Egipto, y American University of Beirut, Beirut, Líbano

JOHN G. HAAGA, *Director del estudio*

CAROLE JOLLY, *Directora del estudio* (hasta noviembre de 1994)

JOEL A. ROSENQUIST, *Asistente principal del proyecto*

---

* Fallecido en octubre de 1996

APÉNDICE B

METAS Y OBJETIVOS DE SALUD REPRODUCTIVA	ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS	COLABORACIÓN CRUCIAL
(1) Todo acto sexual debe poder realizarse sin coacción y basarse en una decisión responsable con suficiente información		
Eliminar la prostitución de los niños para el año [ ]	Exigir el cumplimiento de las leyes y penalizaciones contra la explotación sexual de los niños	Policía y tribunales, medios de comunicación, grupos de padres, ONG dedicadas a la infancia
Reducir los casos de mutilación genital femenina en un [%] para el año [ ]	Campaña de información sobre las consecuencias que tiene para la salud la mutilación genital femenina	Proveedores de servicios de salud en los sectores público y privado, líderes religiosos e investigadores sobre ciencias sociales y comunicación
Reducir el porcentaje de mujeres que son pegadas por sus maridos o parejas, en un [%] para el año [ ]	Exigir el cumplimiento de las leyes y elevar la conciencia social sobre la violencia, así como aumentar la capacidad de detección de la misma por los centros de salud y remitir a las personas para su tratamiento	Policía y tribunales, líderes religiosos y otros líderes de la comunidad, proveedores de atención a la salud, maestros
Ofrecer educación sexual adecuada para el nivel educativo en todas las escuelas para el año [ ]	Elaboración y adopción de un programa de capacitación apropiado para educar a maestros y directores de escuelas	Grupos de padres, asociaciones de escuelas privadas, educadores y líderes religiosos
(2) Todo acto sexual debe estar libre de infección		
Elevar la edad a la que se tiene la primera relación sexual, para el año [ ]	Promoción de la salud mediante los medios de comunicación; educación sobre la salud en las escuelas; programas dirigidos a grupos de la misma edad en la comunidad; sanciones legales para evitar los matrimonios muy jóvenes; sanciones legales para prohibir las relaciones sexuales con menores	Líderes religiosos y no religiosos de la comunidad; medios de comunicación; organizaciones basadas en la comunidad; ministerio de educación; maestros; sistema judicial; comunidad médica y de planificación familiar
Reducir en un [%] para el año [ ] el número de personas sexualmente activas que tienen más de una pareja	Promoción de la salud mediante los medios de comunicación; educación sobre la salud en las escuelas (incluyendo capacitación para ayudar a la pareja a comunicarse y llegar a acuerdos sobre temas sexuales), programas específicos dirigidos a la comunidad	Líderes religiosos y no religiosos de la comunidad, ministerio de educación, maestros, medios de comunicación, ONG basadas en la comunidad, comunidades médicas y de planificación familiar

METAS Y OBJETIVOS DE SALUD REPRODUCTIVA	ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS	COLABORACIÓN CRUCIAL
(2) Todo acto sexual debe estar libre de infección (cont.)		
Aumentar en un [%] para el año [ ] el uso habitual y correcto de condones entre personas sexualmente activas que tienen más de una pareja	Programas de ventas subvencionadas de condones, programas basados en la comunidad, educación sexual en las escuelas (incluyendo el uso de condones), suficiente suministro de condones en todos los lugares de distribución	Líderes religiosos y no religiosos de la comunidad, ONG basadas en la comunidad, ministerio de educación, maestros, organismos que establecen tarifas de importación, empresas farmacéuticas, comunidades médicas y de planificación familiar
Aumentar en un [%] para el año [ ] el número de clientes de planificación familiar y servicios básicos de atención a la salud que reciben una evaluación de su riesgo de contraer ETS y asesoría sobre los métodos anticonceptivos	Elaborar y diseminar directrices relativas a la evaluación del riesgo y a la asesoría sobre el embarazo y las infecciones, atendiendo a las necesidades del contexto sociocultural	Expertos en programas del comportamiento, médicos y proveedores de servicios de planificación familiar
Aumentar en un [%] para el año [ ] el número de clientes de planificación familiar, atención prenatal y atención básica a la salud que se someten a análisis para detectar la presencia de ETS y otras ISR y reciben tratamiento	Elaborar y diseminar directrices sobre la detección y el tratamiento de las ETS y las ISR; proporcionar tratamiento a hombres y mujeres con síntomas de ETS, siguiendo los procedimientos establecidos por la OMS; análisis para detectar la presencia de sífilis durante la atención prenatal; análisis del flujo vaginal cuando sea anormal y pruebas para detectar la presencia de clamidia y gonorrea donde sea posible hacerlas	Comunidades médicas y de planificación familiar, organismos que establezcan tarifas, empresas farmacéuticas, farmacéuticos, laboratorios públicos y privados, expertos en programas del comportamiento
Aumento de un [%] para el año [ ] del número de proveedores de servicios de ginecología que pueden documentar que siguen las directrices para combatir infecciones	Elaboración y diseminación de directrices para combatir infecciones; suministro adecuado de materiales y equipo	Médicos, proveedores de servicios de planificación familiar
(3) Todo embarazo y parto debe ser planeado		
Asegurarse de que todas las parejas tengan acceso a más de un método anticonceptivo efectivo para el año [ ]	Capacitar a los proveedores para que conozcan los métodos clínicos; reforzar los sistemas logísticos para el reabastecimiento de métodos anticonceptivos	Proveedores públicos y privados de atención a la salud, ONG dedicadas a la planificación familiar, farmacéuticos
Asegurarse de que para el año [ ] los jóvenes adultos conozcan los métodos anticonceptivos a su disposición y dónde pueden obtenerlos, así como la disponibilidad de servicios e información sobre el uso correcto de los mismos y los efectos sobre la salud	Plan de estudios sobre temas de salud en las escuelas, campañas en los medios de comunicación, capacitación de proveedores de servicios de planificación familiar y salud, estuches de anticonceptivos de emergencia	ONG dedicadas a la planificación familiar, proveedores de atención a la salud, farmacéuticos, organismos encargados de ventas subvencionadas, medios de comunicación, maestros, personal de administración de las escuelas

APÉNDICE B (CONT.)

METAS Y OBJETIVOS DE SALUD REPRODUCTIVA	ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS	COLABORACIÓN CRUCIAL
(3) Todo embarazo y parto debe ser planeado (cont.)		
Asegurarse de que para el año [ ] todas las mujeres sexualmente activas tengan acceso a servicios de aborto sin riesgo en el primer trimestre del embarazo, donde el aborto sea legal	Capacitación de los proveedores de servicios de salud y programas para asegurar la calidad	Administradores de servicios de salud, directores de programas para asegurar la calidad, proveedores de servicios de salud
Asegurarse de que para el año [ ] la gente pobre pueda costear los métodos y servicios anticonceptivos, así como obtener abortos sin riesgo y atención a la salud después del aborto, en los lugares donde éste sea legal	Costo escalonado de servicios atendiendo al ingreso, servicios de extensión en comunidades pobres	Planeadores del sector salud, administradores de hospitales y clínicas, directores de programas de planificación familiar
(4) Todo embarazo y parto debe ser seguro		
Aumentar en un [%] para el año [ ] el número de mujeres con complicaciones que son asistidas por personal médico capacitado	Aumentar el conocimiento de los signos de peligro y saber dónde hay que ir en casos de emergencia; aumentar la disponibilidad de transporte para desplazarse a instalaciones de atención esencial; aumentar el número de instalaciones equipadas y capacitadas para proporcionar atención esencial en el caso de complicaciones obstétricas; subsidios específicos; reducción del número de tarifas no autorizadas	Líderes de la comunidad, maestros, proveedores de atención a la salud de primer nivel, proveedores de servicios de planificación familiar
Aumentar en un [%] para el año [ ] el número de mujeres con complicaciones que son debidamente atendidas	Programas para asegurar la calidad y capacitación de proveedores de servicios, eliminación de incentivos financieros que llevan a proporcionar atención obstétrica inapropiada	Administración de hospitales y clínicas
Reducir en un [%] para el año [ ] la tasa de mortalidad de mujeres y recién nacidos en clínicas y hospitales	Programas para asegurar la calidad y capacitación de proveedores de servicios; desarrollo de protocolos	Administradores de clínicas y hospitales, autoridades de educación y licencia profesional médica, proveedores de servicios de salud
Reducir en un [%] para el año [ ] la prevalencia de anemia entre las mujeres de 15 a 49 años	Distribuir hierro y suplementos de folato a todas las mujeres embarazadas; campañas de educación pública sobre alimentos ricos en hierro	Educadores de salud, medios de comunicación, proveedores de atención básica a la salud y atención prenatal

AGRADECIMIENTOS

Este resumen fue preparado por Lori Ashford del Population Reference Bureau (PRB), basándose en un informe del Consejo Nacional de Investigación de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos (NAS), titulado *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions.* El informe se produjo como resultado de un estudio de tres años de duración llevado a cabo por el Grupo de Expertos sobre Salud Reproductiva en los Países en Desarrollo. Aunque los hallazgos y recomendaciones presentadas en este resumen coinciden con las de dicho Grupo de Expertos, se han hecho algunas modificaciones en la terminología y la presentación de los datos. Para obtener una copia del informe completo vean la información sobre pedidos que aparece a continuación.

Este resumen fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El informe original de la NAS recibió apoyo de la USAID, la Fundación Andrew W. Mellon, y la Fundación William y Flora Hewlett. Las opiniones expresadas tanto en el informe original como en el resumen corresponden a los miembros del Grupo de Expertos y no a las instituciones donantes o al PRB.

La editora desea dar las gracias a varias personas por su asesoría y ayuda en la revisión del resumen: especialmente a John G. Haaga, director del estudio, por sus valiosos consejos y su cuidadoso repaso; Amy Tsui y Judith Wasserheit, co-presidentas del Grupo de Expertos sobre Salud Reproductiva; a los miembros de dicho grupo, Christopher J. Elias y Marjorie A. Koblinsky; a Peter J. Donaldson y Alene Gelbard, del PRB; y a Jennifer Adams, Barbara Crane, Elizabeth Maguire, Jim Shelton y Ellen Starbird, de la USAID. Kate Chalkley, del PRB, también proporcionó valiosa ayuda en la investigación.

Diseño y producción: *Dever Designs*
Coordinadora de producción (PRB): *Sara Adkins-Blanch*
Traducción al francés: *Magali Rheault*
Traducción al español: *Ángeles Estrada*
Impresión: *Sauls Lithograph*

Para solicitar copias adicionales de este resumen, por favor sírvanse dirigirse a los Programas Internacionales del PRB (véase la dirección en la contraportada).

Para solicitar copias de *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions,* escriban o manden un fax o correo-electrónico a:

National Academy Press
2101 Constitution Avenue, NW
Washington, DC 20418
Tels.: (202) 334-3313 ó (800) 624-6242
Fax: (202) 334-2451
Correo electrónico: http://www.nap.edu/bookstore

El texto completo del informe puede obtenerse en http://www.nap.edu, en la Web.

USO DEL MAPA HA SIDO POSIBLE GRACIAS A LA NATIONAL ACADEMY PRESS.

OCTUBRE DE 1997